

Autonomía personal y dependencia

Encarnación BARANDIARÁN LANA

PERSONAS MAYORES,  
INSTITUCIONALIZACIÓN Y  
RELACIONES FAMILIARES: EL  
CASO DE LA RESIDENCIA SANTO  
DOMINGO (ESTELLA)

TFG/*GBL* 2014



## AGRADECIMIENTOS

Quiero reflejar aquí mi agradecimiento a losune Goñi, directora del proyecto, por su tiempo, dedicación, colaboración, supervisión, ánimos, interés mostrado, y un largo etcétera, pero sobre todo, por la confianza mostrada en mí y en mi proyecto.

A Marisa Pérez, trabajadora social de la residencia Santo Domingo y tutora de mis prácticas en el centro, por compartir sus conocimientos y sus reflexiones, profesionales y personales, conmigo, por la confianza mostrada, por no ponerme pegas ni barreras.

A la dirección y todo el equipo de “Santo Domingo”, por acogerme y facilitarme la tarea.

A las personas residentes en el centro y a aquéllas que han querido compartir parte de su tiempo y de sus experiencias conmigo.

Y a todas aquéllas que se han cruzado por mi camino aportándome experiencias y sus ideas., porque sin ellas este Trabajo Fin de Grado no hubiera sido posible.



# **Grado en Trabajo Social**

Trabajo Fin de Grado  
Gradu Bukaerako Lana

***PERSONAS MAYORES, INSTITUCIONALIZACIÓN  
Y RELACIONES FAMILIARES: EL CASO DE LA  
RESIDENCIA SANTO DOMINGO (ESTELLA)***

Encarnación BARANDIARÁN LANA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES  
GIZA ETA GIZARTE ZIENTZIEN FAKULTATEA

**UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA  
NAFARROAKO UNIBERTSITATE PUBLIKOA**

**Estudiante / Ikaslea**

Encarnación BARANDIARÁN LANA

**Título / Izenburua**

Personas mayores, institucionalización y relaciones familiares: el caso de la residencia Santo Domingo (Estella)

**Grado / Gradu**

Grado en Trabajo Social

**Centro / Ikastegia**

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales / Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea  
Universidad Pública de Navarra / Nafarroako Unibertsitate Publikoa

**Director-a / Zuzendaria**

Iosune GOÑI URRUTIA

**Departamento / Saila**

Trabajo Social

**Curso académico / Ikasturte akademikoa**

2014/2015

**Semestre / Seihilekoa**

Otoño/Udazkena

## Resumen

El presente trabajo tiene como propósito analizar las consecuencias de la institucionalización de las personas mayores en sus relaciones familiares y la intervención desde el trabajo social en este ámbito, tomando como objeto de estudio el centro residencial para personas mayores “Santo Domingo” de Estella. Para ello se ha revisado documentación existente relativa al tema y se han realizado entrevistas a los actores que participan en esta realidad, dando como resultado que, teniendo en cuenta la dimensión afectiva y solidaria de las relaciones, el ingreso en residencia de las personas mayores tiene consecuencias en ambos aspectos y la historia relacional previa, además de otras cuestiones, juega un papel determinante en las mismas. En cuanto a la intervención, se ha comprobado que no tiene referente y no se contempla como tal. Es por ello que se ha considerado conveniente proponer una intervención dirigida a mejorar las relaciones familiares de las personas residentes.

*Palabras clave:* institucionalización; relaciones familiares; solidaridad; cuidados; historia relacional;

## Abstract

The aim of this project is to analyze the consequences of the institutionalization of older adults on their family relationships and what help is received from the social services. This research has been developed at Santo Domingo residence in Estella. In order to, accumulate this information documents about this subject have been reviewed, and interviews with patients and residence workers have also been carried out. The result of this analysis has shown that the admission of elderly people in residence affect of their family relationships and their personal care. As a result, these changes depend, among other things, on how the domestic situation was before and how these relationships were previously. Finally, because of the lack of assistance from social services it's suggested that measures are taken to improve relationships between residents and their families.

*Keywords:* institutionalization; family relationships; solidarity; care; relationships history;

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>2</b>
<b>1. MARCO TEÓRICO/CONCEPTUAL.....</b>	<b>5</b>
1.1 Los conceptos de envejecimiento y vejez .....	5
1.2 El envejecimiento de la población.....	7
1.3 La respuesta de los sistemas de protección social ante las necesidades de las personas mayores: la opción de la atención residencial.....	11
1.4 Las relaciones familiares.....	13
1.4.1 El género y la red de apoyo familiar .....	18
1.5 La Institucionalización en residencia de personas mayores .....	19
1.5.1 La institucionalización y las relaciones familiares .....	20
<b>2. DESCRIPCION DE LA RESIDENCIA PARA PERSONAS MAYORES “SANTO DOMINGO DE ESTELLA” .....</b>	<b>25</b>
<b>3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS .....</b>	<b>30</b>
3.1 Objetivos.....	30
3.1.1 Objetivos generales .....	30
3.1.2 Objetivos específicos .....	30
3.2 Hipótesis .....	30
<b>4. METODOLOGÍA.....</b>	<b>32</b>
4.1 Técnicas y procedimiento .....	32
4.2 Muestra.....	34
<b>5. RESULTADOS Y SU DISCUSIÓN: EL IMPACTO DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN LAS RELACIONES FAMILIARES DE LAS PERSONAS RESIDENTES EN “SANTO DOMINGO” .....</b>	<b>36</b>
5.1 Perfiles y clasificación de los casos en función de sus relaciones familiares, variables a tener en cuenta.....	36
5.1.1 La dependencia .....	39
5.1.2 La historia relacional previa .....	41
5.1.3 Tres momentos importantes para observar las relaciones familiares: el ingreso, el periodo posterior al ingreso y el fallecimiento .....	42



5.2 Dimensiones de las relaciones familiares de las personas residentes que se han visto modificadas a causa de su institucionalización .....	43
5.2.1 Las normas y compromisos: “solidaridad normativa” .....	43
5.2.2 Proximidad de los familiares y amplitud de la red familiar: “solidaridad estructural” .....	46
5.2.3 La intensidad de la relación, el tipo de contacto y la frecuencia del mismo. La “solidaridad asociativa” .....	47
5.2.4 El sentimiento de pertenencia y el vínculo afectivo: la “solidaridad afectiva” .....	50
5.2.5 Las transferencias y la ayuda mutua: “solidaridad funcional” .....	52
<b>6. LA INTERVENCIÓN EN LAS RELACIONES FAMILIARES DE LAS PERSONAS RESIDENTES.....</b>	<b>55</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>58</b>
<b>PROPUESTA DE INTERVENCIÓN .....</b>	<b>62</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>70</b>
Anexo I: Guión de entrevista a personas residentes .....	70
Anexo II: Características de la muestra .....	72
Anexo III: Entrevistada I .....	74
Anexo IV: Entrevistada II .....	78
Anexo V: entrevistados V .....	83
Anexo VI: entrevistada VII .....	88



## INTRODUCCIÓN

El presente proyecto constituye el Trabajo Fin de Estudios del Grado en Trabajo Social de la Universidad Pública de Navarra. Su propósito es llevar a cabo un análisis de las consecuencias que la institucionalización de las personas mayores tiene en sus relaciones familiares y averiguar cómo se lleva a cabo la intervención en este ámbito desde el Trabajo Social. Pretendemos aportar con ello “un grano de arena” en la investigación de este tema, pero sobre todo, en la toma de conciencia de las oportunidades y posibilidades existentes para mejorar el bienestar y la calidad de vida de estas personas y de sus familiares a través de la intervención en la relación que se da entre ambas; todo ello teniendo presente el papel del trabajo social en la transformación y mejora de la realidad.

Para dicha investigación se ha tomado como objeto de estudio la residencia de personas mayores Santo Domingo, ubicada físicamente en Estella y de titularidad y gestión públicas. La decisión, tanto del tema abordado como de la población objeto de estudio, fue tomada en base al interés y conocimiento previo obtenidos gracias a vivencias personales, y debido a la experiencia de las prácticas curriculares desarrolladas en el centro.

Existen múltiples investigaciones sobre la importancia de la familia para las personas mayores que residen en la comunidad, y sin embargo muy escasa información sobre las familias de las personas mayores que viven en medios residenciales. Sin embargo, en el caso de muchas personas residentes la familia también está presente y constituye un elemento crucial a tener en cuenta (Padierma Acero, 1994).

De hecho, los estudios existentes evidencian la importancia de la familia para la persona mayor, teniendo implicaciones en su estado de salud y en su calidad de vida.

Las relaciones sociales, más si caben las que se dan entre los miembros de una familia, ocupan y forman parte sustancial de la vida de las personas, llegando a influir en ella de manera transversal. Es por ello que resulta imprescindible tener en cuenta las relaciones familiares también de las personas mayores que viven en centros residenciales. Los vínculos familiares constituyen campo importante, tanto de estudio como de intervención, a considerar desde el trabajo social, del que se sabe muy poco

y que, sin embargo, es elemental en la vida de las personas, adquiriendo todavía mayor significado en aquellas que se enfrentan a una nueva etapa de sus vidas como es la institucionalización.

Por otro lado, es algo que atañe a todos<sup>1</sup>, por dos motivos: por formar parte de la sociedad, que está envejeciendo, y el envejecimiento es un fenómeno al que hay que dar respuesta. También porque es probable que un día, cuando seamos mayores, nos encontremos ante la decisión de ingresar en un centro residencial. Esta opción es cada vez más probable debido a los cambios que se están dando en los sistemas familiares y en los modelos de cuidado y al aumento de la esperanza de vida y el consiguiente envejecimiento de la población.

El documento escrito resultante consta de diferentes apartados y sub-apartados. El primero de ellos, el *Marco teórico/conceptual*, se basa en dos ejes fundamentales: las relaciones familiares y la institucionalización. En él se contextualiza el fenómeno a estudiar, mostrando la situación de la población y el papel de los sistemas de protección social, y se definen los conceptos e ideas necesarias para abordarlo, tales como el envejecimiento, las relaciones familiares y la institucionalización. En segundo lugar, se realiza una descripción del centro residencial “Santo Domingo”, a modo de aproximación al mismo. En el apartado *Objetivos e hipótesis*, se plantean las ideas con las que comienza este estudio y a qué se pretende dar respuesta al finalizarlo. En el siguiente apartado de *Metodología*, queda explicado el proceso desarrollado, cómo se ha llevado a cabo el estudio y con qué técnicas de investigación. En cuarto lugar, en *Resultados y su discusión* se presentan los resultados obtenidos tras el análisis de los datos obtenidos tras el estudio de campo, exponiendo cómo son las relaciones familiares de las personas residentes en Santo Domingo desde la perspectiva de la trabajadora social y de la suya propia y en qué han cambiado a causa del ingreso, proponiendo finalmente una intervención dirigida a mejorarlas. Para finalizar, se exponen las *Conclusiones*, ideas que han surgido tras las reflexiones derivadas del análisis realizado en los apartados precedentes, donde se contrastan también las

---

<sup>1</sup> Se utiliza el género masculino para facilitar la lectura del texto, englobando con él tanto a mujeres como a hombres, a efectos de hacer más ágil y menos engorrosa la lectura del texto.

hipótesis planteadas al comienzo de esta investigación. Por último, se citan las referencias del texto, haciendo alusión a toda la documentación y bibliografía utilizada, y posteriormente como *anexos* los guiones de las entrevistas, las transcripciones de algunas de ellas, y algunos documentos considerados oportunos para el enriquecimiento y mejor comprensión del proyecto.

## 1. MARCO TEÓRICO/CONCEPTUAL

### 1.1 Los conceptos de envejecimiento y vejez

En la teoría del desarrollo, la vejez es la última etapa de la vida. Envejecer es un proceso que experimentan todos los seres humanos, un cambio continuo que ocurre a través de toda la vida, que se manifiesta en todos los ámbitos de ésta (fisiológico, emocional, cognitivo, social...) e influye en el comportamiento y bienestar social (Guerrini, 2010).

Es por ello que no existe una única teoría que pueda explicarlo todo acerca del envejecimiento, se sabe qué es la vejez de una forma abstracta, pero resulta complicado dar una definición concreta y generalmente se recurre a diferentes criterios para tratar de definirla:

- Criterio cronológico: define la vejez en función de la edad del individuo.
- Criterio biológico: se basa en el desgaste de los órganos y tejidos del cuerpo físico.
- Criterio funcional: asociado a la pérdida de funciones, tanto físicas como psíquicas e intelectuales.
- Criterio socio-laboral: considera la jubilación como el comienzo de la vejez.

La sociedad moderna tiende a definir la vejez en términos de edad cronológica, es decir, en función de años que han pasado desde la fecha de nacimiento de la persona hasta el momento presente, basándose únicamente en el criterio cronológico para delimitar las diferentes etapas en las que se ha estructurado el ciclo vital. Así, se entiende por personas mayores a aquellas que superan los 65 años. Sin embargo, aunque bien es cierto que como edad se reconoce el número de años vividos, la edad cronológica de una persona no siempre refleja su verdadera edad física y biológica.

Ninguno de los criterios anteriormente mencionados define por sí solo la vejez, ya que se centran en un solo aspecto del individuo y no la consideran de forma global como una manifestación del fenómeno del envejecimiento del individuo en todo su conjunto.

La vejez es una etapa del ciclo vital, del curso de la vida de las personas, una fase natural, dinámica y evolutiva (Guerrini, 2010). En ella se dan modificaciones morfológicas, funcionales, psíquicas y sociales que pueden llevar a la dependencia.

Desde la Gerontología Social, se destacan las transiciones al describir estos cambios comunes. Como transición se entiende el moverse de una etapa o evento de vida a otro con varios grados de inestabilidad en el proceso adaptativo, incluyendo los cambios en las funciones sociales que hace la persona. Las transiciones que se indican en la etapa de la vejez son: la sobrevivencia a los años de adultez mediana y vejez, el sentido del nido vacío, el retiro del empleo, la etapa de ser abuelo o abuela, la soltería en la edad avanzada provocada por la viudez, el divorcio y los cambios en vivienda (Guerrini, 2010). En cuanto a este último punto, se entiende, puede ser referido a dos situaciones que suelen darse en esta etapa y relativos al cambio de domicilio; el irse a vivir con algún familiar y/o rotar por sus domicilios, o en la que se centra el presente trabajo, el ingreso en centros residenciales.

Sin embargo, aunque haya aspectos más o menos comunes en todas las personas, el proceso de envejecer se da de forma diferente en cada una de ellas. Cada cual envejece en función de cómo haya vivido, por tanto, la vejez es diferente en cada individuo en función de diversos factores:

- Factores intrínsecos o endógenos: debidos a la herencia (genética).
- Factores extrínsecos o exógenos: relacionados con el entorno.

Es decir, la vejez es una etapa del ciclo de la vida, y el envejecimiento un proceso constante, y ambos están inter-relacionados.

Como se ha dicho anteriormente, son numerosos los criterios y perspectivas desde los que se ha estudiado este tema. Estos están relacionados entre sí, siendo el producto final del envejecimiento el resultado de la interacción entre el componente genético, el organismo y el ambiente en que se desenvuelve cada persona. Esto hace que el proceso sea de naturaleza individual y heterogénea, resultando una vivencia personal y única en la que se ven implicados todos los aspectos y ámbitos de la vida del individuo.

En general, con el envejecimiento se produce un declive y un enlentecimiento de las capacidades, que dan lugar a la pérdida de autonomía y de capacidades, y que en algunos casos desembocan en situaciones de dependencia.

Es conveniente reparar en la diferencia entre la pérdida de autonomía y la dependencia. Son dos conceptos diferentes; por dependencia, según la definición presente en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, se entiende el estado de carácter permanente en el que se encuentran personas por razón de edad, enfermedad o discapacidad ligadas a una pérdida de autonomía, física, mental, intelectual y/o sensorial. Estas personas precisan de atención de otra u otras personas y/o ayudas o apoyos para realizar las actividades básicas de la vida diaria (cuidado personal, actividades domésticas básicas, movilidad esencial, reconocimiento de objetos y personas, orientarse, entender/ejecutar órdenes y tareas sencillas).

Por su parte, la pérdida de autonomía es la incapacidad de una persona a decidir sobre su vida. De tal modo, que alguien puede ser independiente para realizar las actividades de la vida diaria, es decir según la definición anterior independiente, y sin embargo carecer de autonomía y viceversa, necesitar la ayuda de una tercera persona para realizar las actividades más cotidianas y ser capaz de tener un criterio y de tomar decisiones.

Cuando se producen estas situaciones, en las que la persona experimenta una disminución en sus facultades y en su capacidad para llevar una vida autónoma e independiente, es cuando se hacen patentes las dificultades y con ellas la necesidad de darles respuesta.

## **1.2 El envejecimiento de la población**

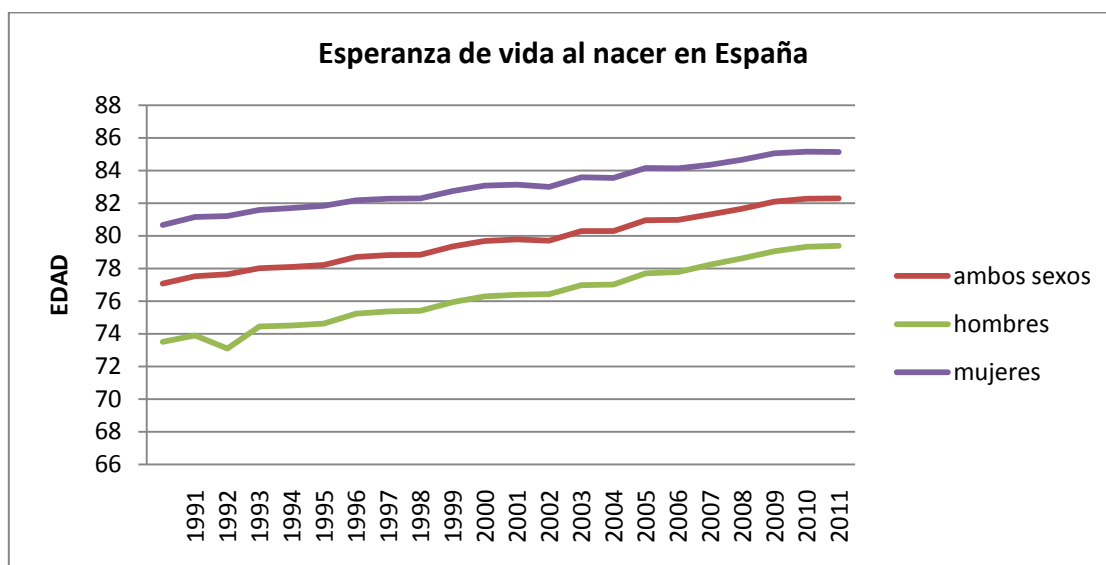
Si miramos a nuestro alrededor, podemos comprobar que estamos llegando a alcanzar edades que hace tan solo unos años eran impensables y que por lo tanto, los años que, probablemente, es posible que vivamos están aumentando.

Los avances socio-sanitarios han logrado que la esperanza de vida haya aumentado considerablemente en las últimas décadas, como se puede observar en los siguientes gráficos, evolucionando de manera ascendente llegando a alcanzar en el año 2012 la



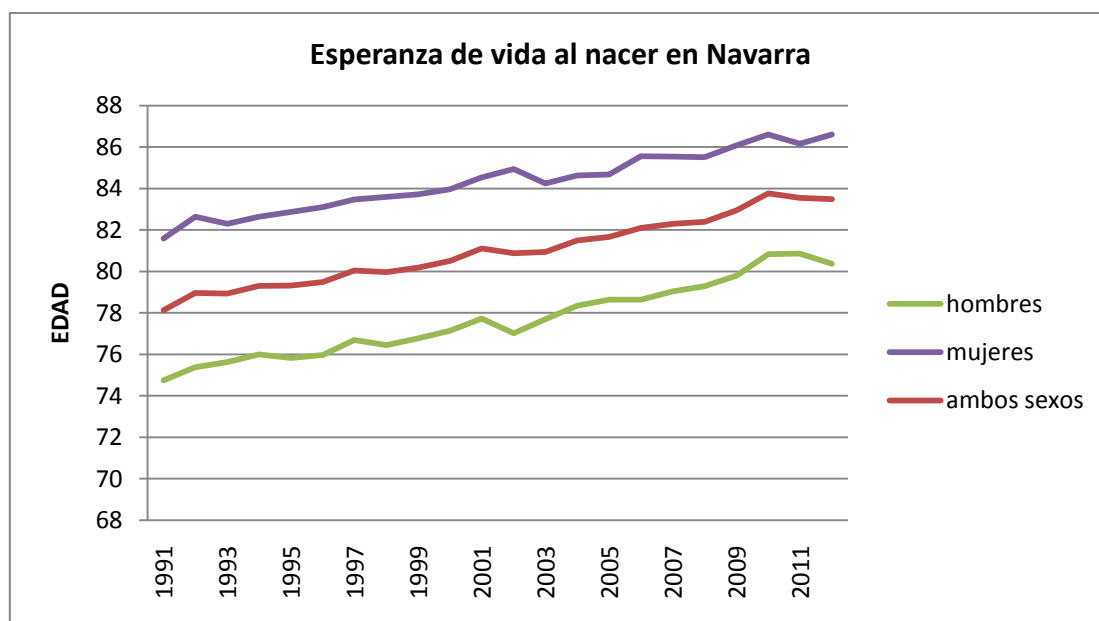
edad de 82,29 años en España (79,38 en hombres y 85,13 en mujeres) y 83,48 años en Navarra (80,37 hombres y 86,60 mujeres).

**Tabla 1.** Esperanza de vida al nacer en España



Fuente: INE Indicadores demográficos básicos.

**Tabla 2.** Esperanza de vida al nacer en Navarra



Fuente: INE Indicadores Demográficos Básicos

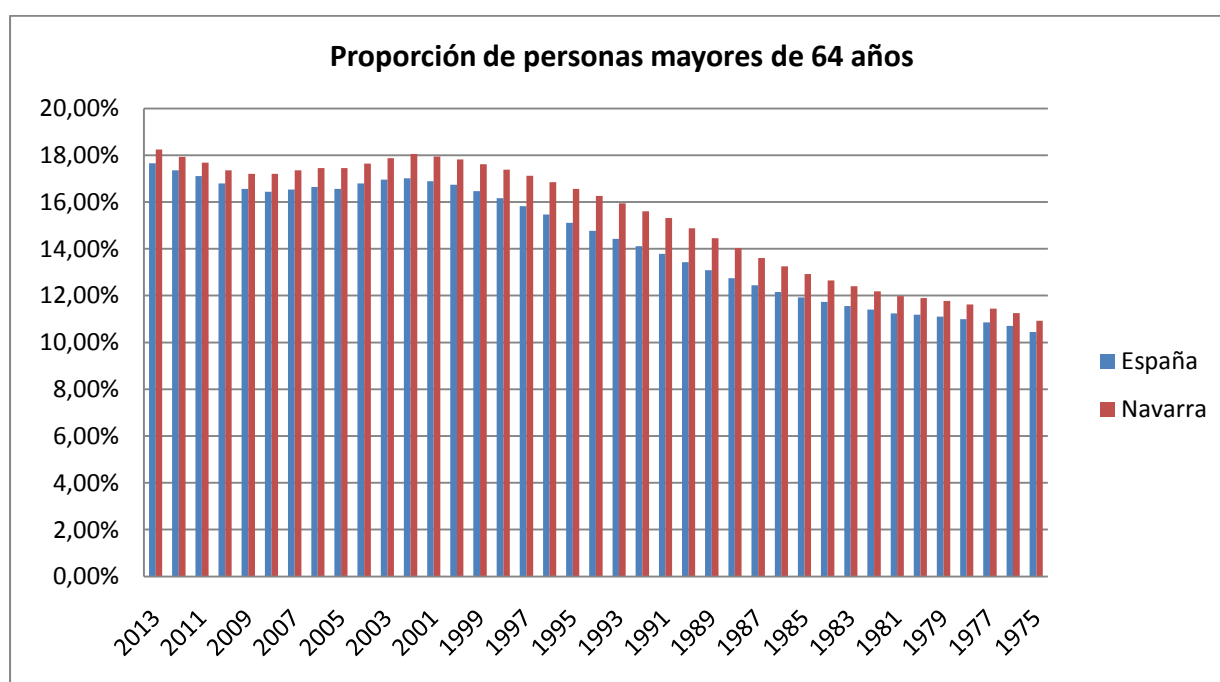
Según la Organización Mundial de la Salud, si aunamos este hecho con la baja tasa de natalidad, (según datos del INE (<http://www.ine.es>) en el año 2012 el número medio de hijos por mujer en España bajó a 1,32), nos encontramos con una proporción de

personas mayores de 65 años que está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países, lo que está causando que este sector aumente considerablemente en la sociedad, produciéndose un envejecimiento de la población.

En el caso español, dicho envejecimiento se ve especialmente acelerado ya que el número de personas mayores de 65 años se ha visto duplicado en menos de treinta años y la disminución de la tasa de natalidad se viene registrando desde mediados de los años 70 (Unidad de análisis de la fundación general CSIC. [http://www.fgcsic.es/lychnos/es\\_es/articulos/envejecimiento\\_poblacion](http://www.fgcsic.es/lychnos/es_es/articulos/envejecimiento_poblacion)).

En el caso de Navarra, según el Instituto de Estadística de Navarra (datos de 2013), en la Comunidad Foral 151.914 personas tienen más de 60 años, lo que supone el 24% del total de la población navarra y el índice de envejecimiento (nº de mayores de 65 años por cada 100 menores de 15) es del 17,86%.

**Tabla 3.** Proporción de personas mayores de 64 años en España y Navarra



Ambos, tanto el aumento de la esperanza de vida como el envejecimiento de la población, se pueden considerar un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socio-económico, pero por otro lado constituye un reto para la sociedad, ya que debe adaptarse a ello y mejorar al máximo la calidad de vida y la capacidad

funcional de este sector, así como su participación social, su seguridad y su atención, desplegando para poderlo alcanzar servicios y recursos especializados para estas personas.

En este sentido, los recursos y servicios existentes en la Comunidad Foral de Navarra destinados a este sector aparecen en la Cartera de Servicios Sociales de ámbito General, en la cual aparece un apartado destinado a las personas mayores, y están regulados por la ley foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales y la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia, mediante la cual por primera vez se consigue que las personas por el hecho de ser dependientes tengan acceso a unas prestaciones y servicios.

No obstante, quedan todavía numerosos interrogantes y mucho por hacer en cuanto a políticas que den respuesta a esta realidad social, cuyas necesidades continúan siendo respondidas prioritariamente por las redes de apoyo informal, es decir, familiares y amigos.

Pero este modelo tradicional de cuidado que ofrece la familia se tambalea, y es posible que no sea sostenible en un futuro próximo.

Las personas mayores españolas esperan y desean ser atendidos por sus respectivas redes primarias, pero esta tendencia no es completamente mayoritaria, y en varios estudios se ha detectado un salto generacional, de manera que los más mayores se inclinan por esta fórmula tradicional, mientras que se observan cambios en las cohortes más jóvenes de mayores. Debidos, por un lado, a la presentación de serias dudas acerca de la capacidad de los hijos para hacer frente a sus necesidades futuras de cuidado y por otro, a su deseo de no querer suponer una carga para ellos (Goñi Urrutia, 2007).

La respuesta a las necesidades de este sector de la población debe de ser compartida, entre las fuentes de recursos informales y las formales. Goñi Urrutia lo expresa así en su tesis doctoral sobre protección familiar de la dependencia de personas mayores, “La familia sigue siendo el espacio protector por excelencia, pero es responsabilidad de los sistemas de protección social crear las condiciones necesarias para una protección familiar de la dependencia sostenible” (<http://www.unavarra.es>).

No existe una delimitación clara que indique hasta dónde debe de llegar el cuidado y la protección familiares y hasta donde esto debe ser provisto por los sistemas de protección social. Pero la respuesta a la dependencia, y por tanto los apoyos y cuidados que estas personas presentan, debe de ser compartida entre ambos sin la necesidad de “hipotecar” el bienestar de las generaciones más jóvenes de la familia (Goñi Urrutia, 2009).

### **1.3 La respuesta de los sistemas de protección social ante las necesidades de las personas mayores: la opción de la atención residencial**

Los sistemas de protección social intentan poner en marcha medidas que satisfagan y respondan a las necesidades de este sector de la población. Los recursos públicos, recogidos en la Cartera de ámbito general de Servicios Sociales, incorporan una parte dirigida a personas mayores, dentro de la cual se encuentra la atención residencial, en la que se centra este trabajo.

El servicio de atención residencial para personas mayores es un recurso garantizado, que comprende los servicios continuados de carácter personal y sanitario que requiere la persona en situación de dependencia, cuyo objeto, tal y como se indica en la Cartera, es el servicio prestado en establecimiento residencial para ofrecer atención integral a las necesidades básicas y socioculturales de la persona.

El servicio está destinado a personas mayores de 65 años, y los requisitos de acceso son: por una lado, tener reconocida la acreditación de persona con grave conflicto familiar y/o ausencia de soporte familiar adecuado, es decir ser una persona dependiente social, o tener reconocido un grado de dependencia superior a moderado, es decir severo o gran dependiente, y por otro lado, acreditar residencia efectiva y continuada en Navarra durante los dos años anteriores a la solicitud.

En cuanto a la cobertura de este servicio en Navarra, contamos con setenta residencias de las cuales aproximadamente un 50% son con ánimo de lucro y un 50% sin ánimo de lucro. De éstas, dos son propias del Gobierno de Navarra (Santo Domingo, en Estella, y El Vergel, en Pamplona) y cuarenta y ocho tienen plazas concertadas con el Gobierno de Navarra.

Entre todas ellas (plazas privadas y públicas) suman un total de más de 6.000 plazas residenciales. De éstas, unas 2.000 son plazas públicas (ya sean en centros propios o plazas concertadas) y 1.000 están recibiendo la Prestación Vinculada al Servicio<sup>2</sup>, lo que hace un total de aproximadamente 3.000 plazas garantizadas.

En Navarra, según se publicaba en abril de este año en el periódico Diario de Navarra, el total de población que vive en residencias para personas mayores es de 5.119 personas.

Ahora bien, ¿de qué tipo de personas se trata? En general, se puede decir que son aquellas a las que no les es posible continuar viviendo en su casa. Algunas de ellas, se habrán planteado ir a una residencia porque sufren de una discapacidad física o demencia; otras, debido a que su vivienda no reúne las condiciones necesarias para sus necesidades; otras ocurrirá que, al haberse quedado viudas, se unen las dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria y la soledad por tener dificultades relacionales y carecer de apoyo social suficiente... En general, se puede decir que la dependencia, la soledad y la falta de apoyo son los factores precipitantes de la decisión del ingreso en centros residenciales.

Aunque en los últimos años, el perfil de usuario está cambiado; si anteriormente la mayoría de las personas que vivían en residencias eran personas mayores de ochenta años y con dependencias funcionales importantes, en la actualidad se están viendo incrementados los casos de personas mayores más jóvenes con problemáticas sociales. Estas problemáticas les han llevado a encontrarse en situaciones de dependencia social, que les ha llevado a ingresar en estos centros.

---

<sup>2</sup> La Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General recoge esta prestación, dirigida a aquéllos casos de las Prestaciones Garantizadas de atención residencial para personas mayores, atención residencial para personas menores de 65 años, atención residencial para personas con enfermedad mental, atención residencial en centro psicogeriátrico, pisos tutelados y funcionales para personas con discapacidad y enfermedad mental, centros de atención diaria para mayores con dependencia, para menores de 65 años con dependencia, en centro psicogeriátrico y en centros de rehabilitación psicosocial para personas con enfermedad mental en los que, por no existir servicios suficientes dentro del sistema público de servicios sociales, no sea posible el acceso al servicio, éste es sustituido por una prestación económica vinculada a la adquisición de ese servicio, que es la “prestación vinculada al servicio”.

#### **1.4 Las relaciones familiares**

La familia y las relaciones que se dan en el ámbito familiar han sido objeto de estudio desde diferentes disciplinas.

Estudios antropológicos muestran que el ser humano, en sus primeras manifestaciones sociales, se basa en los lazos de parentesco como uno de los criterios primarios para la construcción de grupos sociales. Desde la psicología, se define a la familia como una unidad dinámica, en la que cada individuo aporta y enriquece la relación creando un ambiente propio.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), en su artículo 16.3, define la familia como “el elemento natural y fundamental de la sociedad, y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado” Se reconocen los apoyos formales e informales como un derecho, de tal manera que, se entiende, la respuesta a sus necesidades debe venir dada, por un lado, desde los recursos públicos y, por otro, desde sus apoyos informales tales como la propia familia, vecinos u otras redes sociales.

Por otro lado, desde la sociología, se entiende la familia como un conjunto de personas unidas por lazos de parentesco; el parentesco es el vínculo que une a unas personas con otras, ya sea derivado de la consanguinidad o de la afinidad. Por vínculo o lazos de consanguinidad se entiende el que se da entre familiares que llevan la misma sangre, dentro del cual se distingue entre el que se origina de la línea directa (padres e hijos) y el que se origina en línea colateral (hermanos), y de afinidad, cuando se da entre familiares sin un vínculo físico, sino que vincula a los familiares de dos personas que forman pareja entre ambas, este es el caso de los cónyuges, cuñados, o suegros.

Se conceptualiza a la familia como un grupo, cuyos integrantes varían en sexo y edad. Dentro de la misma se producen intercambios de información instrumental y socioemocional, y se establecen normas y valores que regulan los comportamientos tanto entre sus miembros como entre la familia y la comunidad (Dolz, D Ocon, & Pons-Salvador, 1997).

Desde la perspectiva de la teoría general de sistemas, la familia es considerada como un sistema dinámico, sometido a un continuo establecimiento de reglas y de búsqueda de acuerdo a ellas. Desde este modelo, se entiende la familia como un conjunto de

elementos relacionados entre sí, existiendo una interrelación entre sus miembros, de tal forma que los cambios en uno de ellos afectan a los demás.

Cada familia está gobernada por sus propias reglas, lo que establece los roles de cada miembro de la unidad familiar y a su vez el tipo de relaciones que se dan entre ellos.

Además, la familia tiene su propia historia, existe una interacción familiar, un sentimiento de identidad común: tiene sus propias normas y reglas, y en base a ello se cristalizan comportamientos que se consolidan y condicionan conductas posteriores (Leturia, Borja, & Hernández, 2007).

Hoy en día se considera como un grupo social dotado de una gran versatilidad en sus manifestaciones concretas, que representa el eje central sobre el cual se desarrolla el ciclo vital, a la vez que asegura la continuidad de la sociedad. Una de las más importantes funciones es la de posibilitar un contexto donde se produzca la socialización de sus miembros, ofreciendo lazos afectivos de intercambio social sobre todo a aquellos individuos de la familia más necesitados. Así el afecto es una necesidad claramente superior a otro tipo de exigencias materiales, y es una de las características principales de este subsistema (Dolz, D Ocon, & Pons-Salvador, 1997).

Por otro lado, en cuanto a la evolución de la familia, el Instituto de Política Familiar (IPF) (<http://www.ipfe.org>) expresa en su informe Evolución de la familia en Europa (2006) que:

Las crisis y dificultades sociales, económicas y demográficas de las últimas décadas han hecho redescubrir que la familia representa un valiosísimo potencial para el amortiguamiento de los efectos dramáticos de problemas como el paro, las enfermedades, la vivienda, las drogodependencias o la marginalidad. La familia es considerada hoy como el primer núcleo de solidaridad dentro de la sociedad, siendo mucho más que una unidad jurídica, social y económica. La familia es, ante todo, una comunidad de amor y de solidaridad. (IPFE, Instituto de política Familiar)

Se puede decir entonces, que las relaciones familiares constan de dos dimensiones: una más afectiva y otra solidaria.

El término “solidaridad familiar” se refiere a las normas y prácticas de ayuda mutua que se dan entre los miembros de la familia (Mendoza, 2012). Autores como Bengtson y Roberts (1991) lo definen en seis dimensiones diferentes:

- La “solidaridad normativa” hace referencia a la apuesta y el compromiso de los miembros de la familia por asumir sus roles y obligaciones familiares. Se refiere a las normas y compromisos adquiridos internamente en la familia, no necesariamente a la identificación social de éstos conforme a ley o costumbre.
- La “solidaridad estructural” se refiere al número de familiares que podrían constituir oportunidades de intercambio de ayuda. La proximidad de los familiares y la amplitud de la red familiar.
- La “solidaridad asociativa” entiende la intensidad de la relación familiar, el tipo de contacto y la frecuencia de éste. Se entiende que a mayor frecuencia en la relación, mayor oportunidad de solidaridad familiar. En la actualidad se está desarrollando un tipo de familia extendida basada en la comunicación y en las relaciones más que en el hecho de vivir bajo el mismo techo. Siendo frecuentes las interacciones entre los miembros de la familia aunque no vivan bajo el mismo techo.
- La “solidaridad afectiva” se explica a través del tipo de sentimientos positivos compartidos y recíprocos entre los miembros de una misma familia. Sentimientos como el respeto, la confianza, la comprensión, el cariño, etc. Esta dimensión de la solidaridad familiar recoge el sentimiento de pertenencia, la identidad familiar y los vínculos de afectividad. Constituye un valor añadido y cada vez más indispensable para la prestación de ayuda.
- La “solidaridad funcional” se refiere a lo que se conoce como ayuda mutua; la voluntad de dar y recibir ayuda por parte de otros miembros de la familia. Puede ser esporádica y/o periódica y las ayudas o recursos pueden ser de tipo material, económico o asistencial. Esta dimensión es la que generalmente se identifica de forma directa con la solidaridad familiar, como definición de la misma. .
- La “solidaridad consensual” entiende el conjunto cultural de valores, opiniones y actitudes compartidos por los miembros de una misma familia ante la



realidad social política, económica y cultural que les rodea. La inclusión de esta dimensión de análisis de la solidaridad familiar ha sido cuestionada por autores como Syzdlik (2000), al considerar que la diversidad cultural y de valores no significa necesariamente una menor implicación, apoyo y solidaridad familiar.

La familia es una de las principales fuentes de apoyo para las personas mayores, así como en cualquier etapa del proceso vital, las relaciones familiares constituyen una red de apoyo para las personas. Esto significa que, como redes sociales, “son una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona en su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto” (Guzmán, Huenchuan, & Montes de Oca, 2003, p. 46) Lo que significa que el intercambio de apoyos constituye la esencia de la existencia de las mismas (pero no solo la necesidad material es la motivación principal para formar parte de una red, las necesidades de tipo emocional y cognitivo también cumplen un papel relevante, especialmente en las personas mayores) (Guzmán, Huenchuan, & Montes de Oca, 2003).

Según indican Khan y Antonucci (1980) ese intercambio lo constituyen las transacciones interpersonales, que implican ayuda, afecto y afirmación, y es lo que se entiende por apoyo social (Guzmán, Huenchuan, & Montes de Oca, 2003). Este conjunto de transacciones interpersonales que opera en las redes, que también se conoce como *transferencias*, se presenta como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula. El término de apoyo incide especialmente en el efecto que esas relaciones sociales pueden ejercer en el mantenimiento y mejora del bienestar individual.

Desde el momento en que la red social de una persona proporciona ayuda (técnica o tangible), apoyo emocional, sentimiento de saberse querido, autoestima... esa red le está proporcionando apoyo.

Se consideran cuatro categorías de transferencias o apoyos: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos (Guzmán, Huenchuan, & Montes de Oca, 2003).

- Materiales: implican un flujo de recursos monetarios y no monetarios bajo la forma de otras formas de apoyo material. Tales como dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios
- Instrumentales: el transporte, el cuidado y el acompañamiento, la ayuda en las labores del hogar
- Emocionales: los apoyos emocionales se expresan por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia, la preocupación por el otro, etc. Pueden tomar distintas formas que van desde visitas periódicas, transmisión física de afectos...
- Cognitivos: se refieren al intercambio de experiencias, transmisión de información, dar consejos que permiten entender una situación...

La percepción y recepción del apoyo social es posible gracias a la existencia de una red social. Esta red, sin embargo, no permanece constante a lo largo de la vida de una persona y tampoco las relaciones que de ella se derivan. En los primeros años de vida la red social es reducida (madre y padre básicamente) y se va ampliando a lo largo de la vida.

Como se ha dicho anteriormente, debido al propio proceso de envejecimiento, es probable que las personas vean mermadas sus capacidades funcionales y se encuentren expuestas a padecer problemas de salud que pueden desencadenar efectos negativos y estresantes para ellas y en algunos casos generar la dependencia con respecto a algún miembro de su red social (familia, vecinos). Es en estos casos, y máxime si la persona está viviendo en centros residenciales, donde el apoyo social recobra su papel más importante. Cuando la dependencia es muy fuerte, los proveedores de ese apoyo social no sólo son personas conocidas de la red social, sino otro tipo de agentes, como son los profesionales de diferentes servicios e instituciones.

El medio familiar es fundamental en el aporte de cuidados a aquellas personas mayores que, por su situación, necesitan de apoyo y ayuda para las actividades de la vida diaria, para moverse, para la alimentación, para la higiene, etc., pero la familia proporciona también vínculos afectivos, emocionales y relacionales, imprescindibles para el bienestar y la satisfacción de la persona mayor. Dentro de las redes de apoyo

que se dan en la vejez, las relaciones familiares suponen un elemento primordial en la determinación del bienestar y la calidad de vida del individuo (Molero, Pérez Fuentes, Gázquez, & Sclavo, 2011).

El mantenimiento de estos vínculos, de este apoyo, reduce la vulnerabilidad del individuo frente a diferentes factores estresantes y permite una mayor capacidad de hacerles frente. La cantidad y calidad de los contactos sociales influye positivamente y refuerza a la persona mayor de cara a su salud, moral, bienestar y calidad de vida (Leturia, Borja, & Hernández, 2007).

De esta forma, las familias son fundamentales para las personas por diversos motivos: por causas simbólicas, dado que es a través de la propia familia como cada persona mantiene vínculos con el pasado y el futuro, y aportan un sentido personal y de continuidad a la propia vida. También por motivos de orden práctico, ya que los miembros de la familia se ayudan entre sí de múltiples y variadas formas (Padierma Acero, 1994).

#### *1.4.1 El género y la red de apoyo familiar*

Una cuestión transversal en la vida de las personas, y que como tal no deja de serlo también en este aspecto y en esta etapa de la vida que es la vejez, es el género. Según Guzmán, Huenchuan, & Montes de Oca (2003), las relaciones familiares y personales no son iguales en hombres y mujeres, y habitualmente se dan diferencias en el número, el tipo y la calidad de las mismas.

Esto es debido a los roles que hombres y mujeres desempeñan en la sociedad. Por un lado, la participación laboral fuera del hogar y en las esferas públicas, tradicionalmente más predominante entre los hombres, puede llevarlos a ellos a una mayor integración social en el ámbito externo, y la relegación de la mujer al hogar y a la esfera privada, le permite desarrollar relaciones más cercanas en los ámbitos familiar y comunitario.

Para ambos sexos la llegada a la vejez implica una transición, que comúnmente coincide con la salida de los hijos de la familia, y que puede afectarlos negativamente. Pero las razones son diferentes en ambos casos: en el caso de la mujer, por la pérdida del rol de apoyo y cuidado asignado a la madre, y en el caso del

hombre, por el alejamiento o pérdida de los contactos en el ámbito laboral. La forma en que se asume esta transición es también distinta para hombres y mujeres.

En lo que respecta a las redes de apoyo familiar a la población mayor, sus expresiones son diferentes para hombres y mujeres. Parte de estas variaciones se relaciona con características socio-demográficas, como el estado civil de unos y otros. Wenger (Scott y Wenger, 1996), ha señalado que el matrimonio tiene un efecto diferente para hombres y mujeres. También el número de los hijos ejerce una acción distinta en el padre y la madre. La mortalidad, a través de los diferenciales de la esperanza de vida, genera efectos también diferenciales, puesto que los hombres, por tener una vida más corta, están acompañados en su vejez, lo que en algunas latitudes se complementa por el hecho de que la edad de la cónyuge es muy inferior. Las diferencias de género muestran que los varones solteros o viudos tienen una red social más reducida que las mujeres en esas dos categorías. (Guzmán, Huenchuan, & Montes de Oca, 2003, pp. 53-54)

### **1.5 La Institucionalización en residencia de personas mayores**

Para comprender qué es y qué supone la institucionalización de las personas mayores, conviene reparar primero en el término de “residencia” o también llamados “centros residenciales”. Las definiciones existentes son numerosas, y cada una aporta diferentes matices dependiendo del tipo de centros al que se refiera, ya que no todas las residencias de personas mayores son iguales; no tienen los mismos requisitos de entrada, no disponen de los mismos servicios, las hay con mayor o menor control de entradas y salidas, etc. Pero en general, se puede decir que se trata de centros de carácter socio-sanitario, polivalentes y multifuncionales, abiertos a la comunidad y con modelos de atención e intervención psicosocial, desde los cuales el objetivo es cuidar, mantener y potenciar la calidad de vida de la persona mayor y de su familia (Leturia F. J., 1999).

El ingreso de las personas mayores en estos centros ha sido uno de los aspectos más estudiados desde la geriatría y gerontología, denominándolo con el concepto de

institucionalización, para diferenciarlo de la atención comunitaria y denotar su carácter de especialización (Leturia F. J., 1999).

La institucionalización de la persona mayor supone para ella un cambio de domicilio, cambio de costumbres, la obligatoriedad de cumplir ciertas normas, la pertenencia a un nuevo grupo, la pérdida de intimidad, etc.

Durante esta etapa la persona experimenta sentimientos de desarraigo y abandono, apego familiar y sentimientos de frustración y depresión (Moreno, 2013) , puede tener influencias negativas ya que supone tanto una ruptura con el espacio físico propio (San Juan, 2000), como una discontinuidad de la experiencia con sus redes sociales (Fernández-Ballesteros & Corraliza, 2000). Estas circunstancias pueden acarrear, o bien la pérdida de relaciones socio-afectivas que hasta entonces la persona había disfrutado o bien la aparición de otras nuevas amistades dentro de la institución (Lázaro Ruiz & Gil López, 2010).

Las consecuencias del ingreso en centros residenciales de personas mayores a menudo se asocian con aspectos negativos, pero también trae consigo nuevas oportunidades. Además, la experiencia de la institucionalización no siempre se da de la misma manera ni trae consigo las mismas consecuencias, al igual que personas y situaciones, no existe un único proceso de institucionalización y las consecuencias son diferentes dependiendo de qué tipo de ingreso sea (definitivo o temporal), de la capacidad y autonomía del sujeto, de la situación familiar y de la capacidad de afrontamiento y adaptación ante estas situaciones y al propio centro. (Leturia F. J., 1999).

#### *1.5.1 La institucionalización y las relaciones familiares*

Existen múltiples investigaciones sobre la importancia de la familia para las personas mayores, sanas o enfermas, que residen en la comunidad, y sin embargo muy escasa información sobre las familias de las personas mayores que viven en medios residenciales. Quizás este “abandono” refleja la asunción implícita de que tras la institucionalización, la familia deja de ser importante, dado que un equipo de profesionales asume sus funciones de cuidadores; otro posible prejuicio subyacente sería que las personas residentes tienen familias que no les cuidan o que incluso les

han abandonado allí. Sin embargo, en términos generales estos prejuicios son erróneos y carecen de fundamento (Padierma Acero, 1994).

La relación entre la persona institucionalizada y su familia no cesa ni se corta cuando un miembro del sistema familiar ingresa en un centro. Estas ideas sobre la ruptura familiar se basan en creencias y prejuicios que carecen de base científica y conllevan efectos negativos importantes en la percepción que se tiene socialmente respecto a los centros, a los mayores y a las personas cuidadoras (Leturia F. J., 1999).

María Teresa Bazo, catedrática de sociología de la Universidad del País Vasco, ha expresado en relación al tema:

La hipótesis del abandono de los deberes familiares es tan simplista como falsa es la idea de que la solidaridad familiar se basa únicamente en la existencia de la necesidad. Se entiende que la familia y sus miembros, así como el Estado y sus representantes, son actores en interdependencia. Tal interacción se ha complejizado con el tiempo, y ambas partes tienen que intentar conducir la situación de la mejor manera posible, siendo cambiante la forma de entender esa manera “mejor” de actuar (Bazo, 1992)

La familia en su conjunto realiza un proceso de adaptación al centro que interactúa continuamente con el proceso a realizar por la persona mayor. La institucionalización es un momento especialmente difícil para la familia, la decisión del ingreso en ocasiones recae sobre ésta, pudiendo generar sentimientos de culpa y efectos emocionales y relacionados muy importantes (Leturia F. J., 1999) unidos a su vez al cambio de cuidado a ejercer y a una re-organización dentro de la vida social de la familia, que supone, para algunos una nueva vida fuera del centro residencial que les permite definir la parte de su tiempo que desean dedicar a su familiar residente, y para otros una reorganización de sus vidas en torno a la institución (Padierma Acero, 1994).

Las escasas investigaciones realizadas sobre este tema evidencian la importancia de la familia en la vida de las personas residentes, su capacidad de seguir aportando recursos de cuidados e incluso sus necesidades como receptores también de los mismos por el equipo residencial para asumir el impacto de la institucionalización de su familiar. La conservación de los vínculos familiares y afectivos, parece reducir la

vulnerabilidad del individuo frente a diferentes factores estresantes físicos y mentales y la cantidad y calidad de los contactos sociales parecen modificar la susceptibilidad a las patologías infecciosas, tumorales y de corte psicosomático, con un posible impacto positivo a nivel de longevidad. Las familias de las personas mayores institucionalizadas continúan manteniendo y constituyendo una importante relación y fuente de bienestar (Padierna Acero, 1994).

El cuidado familiar no cesa con la institucionalización, aunque evidentemente hay un cambio de circunstancias y el tipo de cuidados no va a ser el mismo: el equipo profesional se ocupa del cuidado y apoyo en las actividades de la vida diaria y apoya afectiva y emocionalmente, atendiendo a la persona desde una perspectiva socio-sanitaria y psicosocial, pero el apoyo afectivo que da la familia no lo puede dar nadie más. El ingreso residencial es un paso más dentro del cuidado y la relación familiar (Leturia, Borja, & Hernández, 2007).

El rol de la familia es básico y necesario en cualquier caso. Además del apoyo y la ayuda que dispensa al residente en relación a las actividades de la vida diaria, le proporciona también vínculos afectivos y relacionales fundamentales para el bienestar de la persona. Este apoyo afectivo que da la familia no es sustituible, a pesar de que desde el centro se dé también apoyo emocional y afectivo, pero siempre es a otro nivel diferente al que lo ejerce la familia.

Este apoyo se centra principalmente en (Leturia, Borja, & Hernández, 2007):

- Vínculo afectivo, identidad personal, continuidad pasado-futuro: proporcionar escucha, cariño. Contar con el residente en la toma de decisiones familiares, participar en eventos familiares importantes...
- Apoyo psicoafectivo o emocional: interesarse por su estado, por la adaptación al centro, preguntar por las cosas que hace, apoyarle y animarle a integrarse en el centro...
- Apoyo relacional-informacional: realizar visitas, compañía, mantenerle en contacto con su realidad, con su entorno, informarle sobre hechos que ocurren en su pueblo o en su barrio, a sus conocidos y amigos...
- Apoyo instrumental: ayuda material, proporcionándole lo que necesite o, mejor aún, ayudándole a que él o ella misma lo adquiera.

De manera que cuando la persona mayor vive y es atendida en una residencia, la familia tiene un importante papel de apoyo, tanto ofreciendo afecto como siguiendo colaborando en algunos cuidados. Las familias de las personas residentes deben seguir siendo consideradas como familias cuidadoras, no deben dejar de desempeñar su papel de cuidadoras sino que lo han de ejercer desde otra posición, complementando los cuidados profesionales y especializados que se proporcionan desde el centro (Bienestar Social, Gobierno de Asturias, 2006).

Por otro lado, se debe tener en cuenta que cada residente entra en la institución con una historia previa; con su familia, las relaciones, los valores, los conflictos, las deudas y las lealtades familiares. Todo ello entra también en la residencia y toda esta historia ejerce un impacto en la persona que se debe de tener en cuenta (Padierma Acero, 1994).

Cada persona es fruto de una realidad social y familiar, por lo tanto, cuando una persona ingresa en un centro no ingresa de manera aislada, sino que lo hace con su historia personal, con un pasado y un nuevo presente y futuro que siguen.

Se ha dado un cambio importante en la vida de esta persona, ha cambiado de domicilio, ahora vive en un centro residencial. Esto supone que aparecen también nuevas personas en su vida que le proporcionarán diferentes cuidados, además su rol en la familia también va a cambiar. Esto no significa una ruptura con el pasado ni tampoco con su familia. Por ello, se puede llegar a decir que cuando una persona ingresa en un centro, ingresa ella, su historia y su familia. Es por ello que la intervención debe de ir dirigida también a su familia, entendiéndolo como algo interrelacionado y de lo que no se puede prescindir por ser parte de su propia historia (Leturia, Borja, & Hernández, 2007).

Los mayores que viven en residencias parecen disponer de redes de apoyo familiar suficientes, aunque con contactos limitados en su frecuencia (Molero, Pérez Fuentes, Gázquez, & Sclavo, 2011), lo que indica que esta relación sigue manteniéndose. Este vínculo está determinado en parte por el estado de salud físico y psíquico de la persona mayor, de la ayuda que los familiares le han prestado y de los sentimientos que pueden presentar éstos: amor, culpabilidad, apoyo afectivo, responsabilidad de devolución de cuidados, etc. (Leturia F. J., 1999). Algunos estudios revelan incluso una



mejoría de las relaciones familiares, asociada a la disminución de la sensación de malestar (conflicto, ambivalencia) derivada de los problemas generados por el cuidado de los padres (Padierma Acero, 1994).

## 2. DESCRIPCION DE LA RESIDENCIA PARA PERSONAS MAYORES “SANTO DOMINGO DE ESTELLA”

La residencia para personas mayores “Santo Domingo” se encuentra ubicada físicamente en Estella/Lizarra C/Elgacena, 1.



El edificio que ocupa fue antiguamente un convento y es por ello que tanto la situación, a las afueras de la ciudad, como las condiciones que reúne el edificio son un tanto peculiares; la forma y distribución, las dimensiones de las habitaciones, el

claustro y la galería interiores... Además, está catalogado por la Institución Príncipe de Viana, lo que ha dificultado en más de una ocasión la realización de cambios y obras que serían convenientes para la mejora de la funcionalidad de la residencia.

Es una de las dos residencias públicas de Navarra. Según la define el propio Reglamento Interno, como residencia que es, se trata de un núcleo convivencial, un centro destinado al ingreso de aquellas personas que necesitan de una atención que ni las familias ni la comunidad pueden prestarles en sus propios hogares, garantizándoles de esta manera vivienda permanente y común, asistencia íntegra y continuada, desde los principios básicos del respeto a la dignidad, privacidad, autonomía y libertad de elección.

Se trata de un servicio de atención residencial para personas mayores de 65 años (aunque actualmente se están dando excepciones de personas que ingresan con menor edad) de carácter garantizado.

Es un centro geriátrico de atención residencial permanente, de propiedad y gestión del Gobierno de Navarra, que persigue el desarrollo personal mediante la atención socio-sanitaria interprofesional integrada en un plan general de intervención en el que conviven personas mayores dependientes sociales.

Su capacidad oscila entre 105 y 110 plazas, 72 de las cuales están en habitación individual y 38 en habitación doble. Aunque actualmente esto está en proceso de cambio y se está valorando la reducción de éstas.

En cuanto a la infraestructura, el edificio que ocupa la residencia es un antiguo convento y es por ello que cuenta con algunas particularidades como el claustro interior o el aspecto de los propios edificios que la componen, lo que supone obstáculos y también oportunidades con los que otro tipo de edificios no cuentan.

Consta de seis plantas; en la planta baja se encuentra el comedor y la cocina; en la primera planta recepción, administración, dirección, trabajo social, terapia ocupacional, la sala de televisión, sala de fumadores, aseos, el claustro y la galería. En el resto de plantas hay habitaciones, organizadas en base al nivel de autonomía de las personas residentes. Así, la primera planta está destinada a enfermería, donde están

las personas con un mayor nivel de dependencia y su comedor correspondiente, también se encuentra en ésta el gimnasio. En la segunda planta está el despacho de la médica y la sala de curas, además de habitaciones. La tercera y la cuarta planta se componen únicamente de habitaciones, aseos y baños geriátricos. Cuando una persona ingresa, lo hace en la cuarta planta (en la que están las personas no dependientes). El centro también cuenta con lavandería propia y almacenes.

En la actualidad, la Residencia para personas mayores Santo Domingo es un Centro Gerontológico público, dependiente de la Agencia Navarra para la Autonomía de las Personas.

Los criterios de admisión y el tipo de usuario son determinados por el Instituto Navarro de Bienestar Social (I.N.B.S), de quien orgánicamente depende la gestión del centro. En cualquier caso, para poder ingresar en la Residencia Santo Domingo, es necesario:

- Acreditar residencia efectiva y continuada en Navarra durante los dos años anteriores a la solicitud.
- Acreditar encontrarse en una situación de grave conflicto familiar y/o ausencia de soporte familiar adecuado, según baremo destinado a tal efecto. (Dependencia social)
- Informe de idoneidad de la Agencia Navarra para la Dependencia (ser una persona no dependiente)

En cuanto a la solicitud de ingreso y la documentación necesaria, los Impresos de Solicitud son facilitados en las oficinas del I.N.B.S y en los Servicios Sociales de Base, a través de los cuales se debe tramitar el expediente de ingreso.

El “itinerario tipo” de ingreso es el siguiente: desde el I.N.B.S a través de la Sección de Servicios para Personas Mayores se valoran las solicitudes (que llegan generalmente a través de los Servicios Sociales de Base) mediante baremo (principalmente el ámbito económico). Si desde allí consideran a la persona apta envían los informes de la persona en cuestión al centro, concretamente a la trabajadora social. Ésta se los hace llegar a la médica y conjuntamente preparan la entrevista de valoración.

La persona interesada junto con la trabajadora social establece la fecha de la entrevista en el centro. Dicho encuentro consta de dos partes; una entrevista con la médico y otra con la trabajadora social.

Posteriormente la trabajadora social y la médico realizan sus respectivos informes y valoran, conjuntamente, si la persona es o no apta para ingresar en el centro.

En el caso de que sea valorada positivamente, desde trabajo social se llama a la persona interesada y se acuerda de manera conjunta la fecha de ingreso.

En cuanto a la financiación y tarifas, las tarifas vienen establecidas por el Acuerdo de 17 de diciembre de 2013, del Consejo de Gobierno de la Agencia Navarra para la Autonomía de las Personas, en el cual en su Artículo 4 establece las siguientes cuantías de los precios públicos en la atención residencial de personas mayores:

- Personas no dependientes: 758,83 euros/mes
- Personas dependientes moderadas: 1391,73 euros/mes
- Personas dependientes severas: 1460,47 euros/mes
- Personas grandes dependientes: 1529,22 euros/mes

Hay casos en los que la persona usuaria no puede llegar a pagar la tarifa totalmente. En estos casos se realiza un estudio individualizado del caso y paga lo correspondiente en proporción sus ingresos, teniendo en cuenta sus ahorros y bienes, y el libre disponible que debe quedarle. Todo ello queda establecido en el Capítulo II y Capítulo III del mismo Acuerdo.

Los servicios que se ofrecen desde el centro son: alojamiento (Todas las habitaciones del Centro, cuentan además con teléfono, timbre de llamada y la instalación para toma de TV en la propia habitación), servicio de restauración propio, servicio de lavandería propio, atención médica propia, atención sanitaria propia, servicio de fisioterapia y rehabilitación propio, información y orientación del departamento social, terapia ocupacional y de ocio-tiempo libre, ayudas técnicas, dieta personalizada, servicio de acompañamiento externo, servicio religioso, servicio de peluquería externo, servicio de transporte con vehículo propio (vehículo adaptado), diarios y revistas, programa de “excursiones y actividades varias” a lo largo del año.

Cuenta con instalaciones como gimnasio, peluquería, botiquín, consulta médica, baños geriátricos, cocina propia, capilla, 2 ascensores, 1 montacargas, sala polivalente, claustro/jardín interno, sala de televisión, recepción, biblioteca, cafetería, velatorio, y aparcamiento propio.

Además desde Trabajo Social, con la colaboración de todo personal que se preste voluntario, se puso en marcha “el Corte Inglés”; ropa, calzado, complementos, cosméticos, productos de droguería... en buen estado cedidos por personas residentes, familiares de las mismas, o trabajadores del centro, que puedan ser útiles para residentes que lo necesiten.

### **3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

#### **3.1 Objetivos**

##### *3.1.1 Objetivos generales*

- Identificar y analizar las consecuencias de la institucionalización de las personas que viven en la residencia de Santo Domingo de Estella en sus relaciones familiares.
- Conocer si se contemplan las relaciones familiares como objeto de intervención desde el trabajo social y cómo se lleva a cabo dicha intervención.
- Formular una propuesta para fomentar y mejorar las relaciones familiares de las personas residentes.

##### *3.1.2 Objetivos específicos*

- Averiguar en qué sentido se han visto modificadas las relaciones familiares de las personas residentes, en términos de comunicación/afectividad y de solidaridad.
- Identificar si la familia sigue cuidando (solidaridad) y el tipo de cuidado que desempeña tras la institucionalización de la persona.
- Analizar la perspectiva de la institución sobre el aspecto relacional-familiar de sus residentes.
- Identificar aspectos de las relaciones entre la familia y los residentes que quedan sin atención y sobre los cuales convendría intervenir.

#### **3.2 Hipótesis**

- La institucionalización de las personas mayores tiene consecuencias, tanto positivas como negativas, en sus las relaciones familiares, viéndose estas modificadas tanto en su dimensión afectiva como solidaria.
- Las modificaciones y consecuencias de la institucionalización en la relación van a depender en buena medida de la historia relacional previa. Si ha sido positiva, lo seguirá siendo y, al contrario, si las relaciones han sido tensas, conflictivas o inexistentes, seguirán del mismo modo.

- El momento del ingreso podría marcar un punto de inflexión en la relación (considerando tanto la dimensión afectiva como solidaria de la misma) produciendo cambios en la misma desde el mismo momento puntual del ingreso.
- La relación también podría modificarse de manera progresiva, como consecuencia del tiempo que la persona lleva ingresada en la residencia, de forma que el cambio en la relación (tanto en su dimensión solidaria como afectiva) se iría dando paulatinamente.
- La relación podría mejorar, al tratarse de personas dependientes sociales y en algunos casos con problemáticas sociales, debido a los cambios asociados al cuidado y la mejora en su calidad de vida, transformándose en una relación más rica y de mayor disfrute para ambas partes.



## **4. METODOLOGÍA**

Se trata de un estudio de caso, dirigido a comprender las dinámicas presentes en un contexto singular (la residencia “Santo Domingo”), combinando distintos métodos para la recogida de evidencia cualitativa y cuantitativa.

Teniendo en cuenta la naturaleza del tema de investigación abordado y los objetivos planteados, el uso de una metodología mixta se ha considerado lo más adecuado para llevarla a cabo, haciendo uso de métodos de investigación cuantitativos y cualitativos, tales como la observación, la revisión de documentación, bibliografía y datos existentes relativos al tema, el análisis de documentación y bases de datos registradas en la residencia, y la entrevista. Mediante el uso de estas técnicas se pretende dar respuesta a las cuestiones planteadas y con ello alcanzar el objeto de estudio: por un lado, conocer las consecuencias de la institucionalización de las personas mayores en sus relaciones familiares y, por otro, el abordaje de éstas desde el trabajo social, en el caso del centro residencial para personas mayores “Santo Domingo”.

### **4.1 Técnicas y procedimiento**

En primer lugar, durante el tiempo de prácticas curriculares realizadas en la residencia “Santo Domingo”, se llevó a cabo la observación contemplando sistemática y detenidamente cómo se desarrolla la vida en este centro, sin manipularla ni modificarla, tal y como discurre por sí misma. La observación permitió establecer una relación concreta e intensiva con el hecho social y los actores objeto de investigación, consiguiendo así una aproximación y un mayor conocimiento acerca del campo de investigación (Olabuenaga & Ispizua, 1989).

En segundo lugar, con el fin de contextualizar y definir el tema objeto de estudio, ha sido necesario llevar a cabo un análisis documental, revisando la literatura existente (informes, documentos, trabajos teóricos, artículos de revistas, etc.) referente a los aspectos que conciernen al tema de investigación y recabando toda la información disponible posible acerca de cuestiones como el envejecimiento, las relaciones familiares, la institucionalización de las personas mayores, las consecuencias de la institucionalización de las personas mayores en centro residencial, cómo afecta el ingreso en residencia de las personas mayores a sus familias, etc. Esta tarea se ha

llevado a cabo a lo largo de todas las fases y estadios de la investigación y ha servido para justificar la elección del tema, determinar los objetivos, el planteamiento de hipótesis y elaborar los conceptos clave que permiten comprender la investigación y perfilar la metodología.

También se ha llevado a cabo la revisión y análisis de documentación facilitada por la residencia de Santo Domingo así como bases de datos del centro, que ha permitido, además de contextualizar el objeto de estudio, obtener datos cuantitativos y observar variables a tener en cuenta tanto para la elección de la muestra como para el posterior análisis cualitativo de las entrevistas.

En tercer lugar, para recoger información relativa al tema objeto de estudio se ha decidido preguntar y entrevistar a los actores que intervienen y participan en la realidad que se quiere conocer con sus opiniones, actitudes y/o conductas, buscando la participación activa de estas personas a través del encuentro. Han sido entrevistas semi-directivas, de carácter abierto, ya que esto permite lograr una información más rica, no accesible de otra manera, que además, debido a la interacción directa facilita la comprensión y la clarificación de dudas.

No obstante, se ha tenido en cuenta la dificultad y/o inconvenientes de este método, y es por ello que se ha intentado favorecer la intimidad, la comodidad y la cercanía en los encuentros con las personas entrevistadas, intentando no provocar reactividad y favoreciendo así un clima de confianza que diera lugar a una conversación fluida y a datos válidos. Para ello se ha realizado un guión temático que aborda los aspectos y cuestiones de los que se desea obtener información y a los que se pretende dar respuesta, pero de carácter abierto, ya que durante las entrevistas pueden surgir temas no previstos y/o no tenidos en cuenta anteriormente pero que pueden ser importantes para la investigación y cada persona entrevistada puede abordarlos desde distintos recorridos (*Apuntes asignatura Iniciación a la Investigación*).

Se ha procedido a las grabaciones de las mismas contando con las autorizaciones de las personas entrevistadas, o en su defecto al registro escrito de las respuestas, siempre desde la confidencialidad.

Posteriormente, tras la realización de las entrevistas, se ha procedido a la transcripción del contenido de las mismas para su posterior lectura y comprensión. Algunas de ellas, las que se han considerado más ilustrativas y representativas del discurso de las personas residentes y cuyo transcurso fue más coherente (y por lo tanto su lectura también) al no extenderse sobre temas no relativos al tema en cuestión, se incluyen como anexo en el presente documento.

En cuanto a las personas entrevistadas, han sido personas residentes de la residencia “Santo Domingo” de Estella y la trabajadora social del mismo centro.

Se ha considerado oportuno, y necesario, contar con el discurso de la trabajadora social del centro en primer lugar, para por un lado, obtener una primera “fotografía” de los casos que se dan en la residencia que permitiese una clasificación de los mismos en función de sus relaciones familiares, para posteriormente perfilar con mayor precisión y conocimiento de causa las entrevistas a los/as residentes, y por otro, obtener información acerca de la intervención en este ámbito.

Se la ha considerado como informante clave debido a su experiencia profesional en el centro, porque debido a su profesión y su puesto en la residencia conoce a las personas y sus situaciones sociales y familiares mejor que cualquier otro/a profesional de otras disciplinas. Es ella quien obtiene mayor información relativa a este ámbito, al ser la que mantiene contacto directo con los familiares de las personas residentes y quien trata los temas relativos a la situación social y familiar de las personas residentes con ellos.

## **4.2 Muestra**

A partir de la clasificación de casos obtenida en esa primera entrevista con la trabajadora social, se procedió a realizar la elección de la muestra: personas que llevasen más de diez/doce meses viviendo en la residencia, con familia y que mantuviesen relación con sus familiares. Dentro de estas, se ha tenido en cuenta la determinación de ciertos perfiles por su posición respecto al fenómeno a estudiar, así como quiénes podían tener información clave, quiénes pudieran ser más accesibles y estar dispuestos a colaborar y quiénes comunicasen con mayor precisión. Se han tenido presentes también los inhibidores de la disposición, como el tiempo, la

amenaza que puede suponer para el ego, el no querer revivir ciertas experiencias... y de la capacidad, como puede ser la memoria o dar una excesiva generalización en las respuestas.

La cantidad de personas entrevistadas ha sido marcada principalmente por la saturación de la información en las entrevistas, habiendo dado como resultado ocho entrevistas y un total de diez las personas entrevistadas, ya que en dos casos la entrevista se hizo conjunta al tratarse de un matrimonio y de dos hermanos (hombre y mujer) que conviven en la residencia.

## 5. RESULTADOS Y SU DISCUSIÓN: EL IMPACTO DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN LAS RELACIONES FAMILIARES DE LAS PERSONAS RESIDENTES EN “SANTO DOMINGO”

### 5.1 Perfiles y clasificación de los casos en función de sus relaciones familiares, variables a tener en cuenta.

De entrada, las condiciones para ingresar en la residencia “Santo Domingo” marcan el perfil de personas usuarias del centro, tratándose de personas no dependientes que se encuentren en situaciones de dependencia social. Esto influye en el tipo de relaciones familiares que encontramos y también en los cambios que se han producido en ellas a causa de la institucionalización.

Así lo hace saber también la trabajadora social del centro, que considera además que en los últimos tiempos, el perfil de personas usuarias está cambiando, viéndose aumentado el número de casos de personas más jóvenes, con problemáticas sociales graves, y mayoritariamente hombres. Esto, en su opinión, influye considerablemente en las relaciones familiares que se dan, al tratarse de historias relacionales previas al ingreso que ya eran conflictivas, nulas o inexistentes, precipitadas por acciones y sucesos anteriores.

*“Algunos se lo han bebido o se lo han jugado todo, y se han ganado que sus familias se hayan hartado de ellos”* (Trabajadora Social, residencia Santo Domingo).

En algunos de estos casos se da que, a raíz del ingreso en la residencia, la vida de la persona residente se ve mejorada en diversos aspectos (el consumo de alcohol cesa, sus condiciones de vida son mejores...) y como resultado de ello, las relaciones con sus familiares también se han visto mejoradas.

*“[...] aún así, hay quien viene a visitarlos, y sigue ahí. Y les invitan a sus casas en Navidades o fechas señaladas... Incluso, en algún caso, relaciones que antes estaban rotas ahora, a raíz de ingresar aquí y de que la calidad de vida de la persona se ha visto mejorada al dejar sus consumos y estar más cuidada, se*

*han retomado, y vienen a visitar a su padre y se van por ahí juntos...”*  
(Trabajadora Social, residencia Santo Domingo).

En la siguiente tabla se muestran los casos que se dan en función de la situación familiar de las personas residentes. Se han clasificado los casos entre las personas que no tienen familia y las que sí, y dentro de éstas últimas, las que mantienen relaciones familiares y las que no las conservan, para posteriormente realizar un análisis más detallado de aquellos casos en los que las relaciones familiares están presentes. Han sido estos los seleccionados como población objeto de estudio y no las diez personas que no mantienen relaciones familiares porque éstas ya carecían de ellas antes de ingresar, no debido al ingreso..

**Tabla 4.** Clasificación de los casos en función del sexo, familia y relaciones familiares

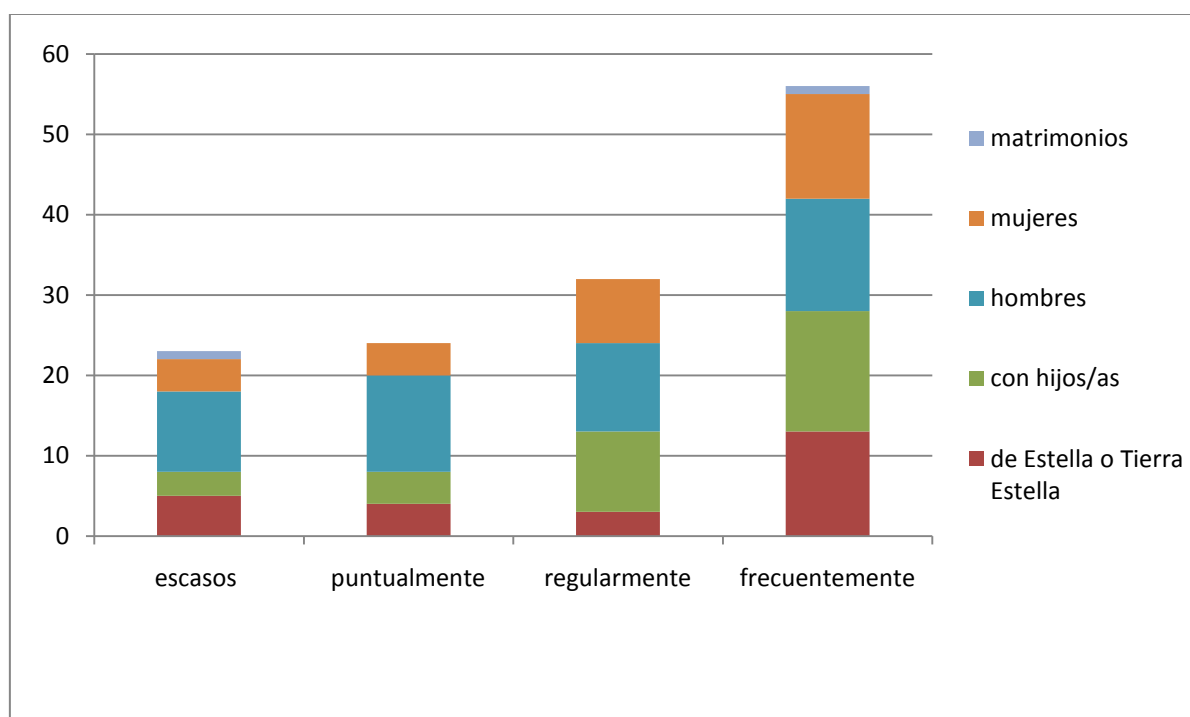
	<b>Casos</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>SIN FAMILIA</b>	7	6	1
<b>CON FAMILIA</b>	<b>73</b>	<b>43</b>	<b>30</b>
<b>no mantienen RF</b>	10	8	2
<b>mantienen RF</b>	<b>63</b>	<b>35</b>	<b>29</b>
<b>TOTAL</b>	80	49	31

Analizando las fichas de las personas que viven en la residencia y datos acerca de las visitas y contactos que mantienen, se han observado diferencias en el tipo y frecuencia de estos dependiendo de algunos aspectos, tales como el género, el estado civil, y el parentesco (principalmente si tienen hijos/as y nietos/as o no). Otro aspecto que se ha identificado, es la distancia o proximidad física entre el lugar de procedencia de las personas familiares y la ubicación de la residencia. Así, las personas que son de Estella o Tierra Estella tienen mayor contacto con sus familiares (dimensión estructural de la solidaridad).

**Tabla 5.** Clasificación de los casos en función de la frecuencia del contacto, lugar de procedencia, parentesco y sexo

	casos	de Estella o Tierra Estella	con hijos	hombres	mujeres	matrimonios
<b>Escasos</b>	17	5	3	10	6	1
<b>Puntualmente</b>	15	4	4	9	6	
<b>Regularmente</b>	20	3	10	11	9	
<b>Frecuentemente</b>	26	13	15	13	12	1
<b>TOTAL</b>	78	25	32	43	33	2

**Tabla 6.** Gráfico ilustrativo de la clasificación de los casos en función de la frecuencia del contacto, lugar de procedencia, parentesco y sexo



Gran parte de las personas residentes se ven con sus familiares de manera frecuente (entendiendo por esto desde encuentros casi diarios hasta visitas semanales). Pero la mayoría de ellas el contacto que mantiene con sus familiares se da quincenal o mensualmente (contacto regular) o en fechas señaladas y cada “x” meses (puntuales) o anuales y en casos de necesidad (escasos).

Teniendo en cuenta el género, se puede ver que en los casos en los que el contacto es menor (sea regular, puntual o escaso) la proporción de hombres es bastante mayor

que la de mujeres, y sin embargo en el caso de encuentros más frecuentes esta diferencia entre sexos va disminuyendo. Esto demuestra que, en proporción, las mujeres mantienen mayor relación con sus familiares.

Al parecer, el parentesco también tiene un lugar importante en el mantenimiento y la frecuencia de los contactos con los familiares. Así, tienen mayor trato con sus familiares aquellas personas residentes que tienen hijos e hijas y/o nietos y nietas, siendo con éstas (con los hijos e hijas y nietos y nietas) con las que mantienen dicha relación. De esta manera, las personas con hijos/as o nietos/as reciben más visitas o gozan de un mayor número de encuentros con estos; lo que no quiere decir que sean de mayor calidad.

#### 5.1.1 La dependencia

En cuanto a la dependencia, como se ha indicado anteriormente, uno de los requisitos para poder ingresar en la residencia es ser una persona no dependiente, por lo tanto las personas no dependientes o con una dependencia moderada constituyen la mayor parte de la comunidad de este centro.

Las personas no dependientes suponen un 62,5% del total de personas residentes y las que tienen algún grado de dependencia (al que han llegado después de su ingreso) el 37,5% restante. De estas últimas, más de la mitad (el 53,3%) tienen un grado de dependencia moderado, es decir, el grado de dependencia más bajo de los reconocidos por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que se da cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal. Estos datos suponen que la mayoría de las personas residentes en Santo Domingo son personas con un grado de autovalimiento alto, ya que la no dependencia y la dependencia moderada<sup>4</sup> suponen un 82,5% del total.

De este modo, al ser la ausencia de dependencia un requisito *sine qua non* para ingresar y dado que las personas no dependientes o con un grado de dependencia leve (moderado) constituyen el grueso de la comunidad, no se puede asociar la

---

<sup>4</sup> Grado de dependencia moderada



dependencia severa con las consecuencias experimentadas por estas personas en sus relaciones familiares.

Sin embargo,, según la percepción de la trabajadora social, y también de acuerdo con el discurso de algunas de las personas residentes, el deterioro de la salud y la consiguiente dependencia, aunque sea moderada, implica una disminución del contacto con familiares, especialmente en aquéllos casos en los que la familia vive fuera de Navarra o de España, ya que en algunos de estos casos era la persona residente la promotora de dichos encuentros.

Por ejemplo, en algún caso en el que el contacto se daba por correo postal, la dificultad para escribir y/o leer ha hecho que esta forma de comunicarse haya desaparecido prácticamente. Cuando la persona residente era la que se desplazaba a realizar las visitas a sus familiares, estos contactos se han reducido notablemente o incluso ha llegado a desaparecer la relación entre ambas partes.

*“es mexicana y tiene a su hijo allí. Y antes solían enviarse cartas, bastante a menudo, pero ya las últimas que creo que se han escrito, solía venir aquí, porque ya no veía bien, para que se las leyese o le ayudara a escribirlas...y ahora, que yo sepa, ya ni se escriben, o apenas. Otro señor, es de Burgos, tiene allí a sus hermanos y familia pero ya mayores también y con dificultad para movilizarse hasta aquí y era él el que cogía de vez en cuando y en autobús se iba unos días con ellos. Pero ya hace tiempo que no, ya no está para coger el autobús y aguantar todo el viaje... Así que desde que él no ha ido, no se han vuelto a ver y que yo sepa por teléfono ni correo, tampoco.”* (Trabajadora social, residencia Santo Domingo).

Otro matrimonio, en el que ella es peruana y es la que mantiene relación con su familia, cuenta que ésta se ha visto mermada debido a su estado de salud.

*“Antes solían venir, mi sobrino venía y se acercaba a vernos o íbamos nosotros, solíamos ir para allá de vez en cuando. Pero ya...no, hace mucho. No estamos bien...llevamos una temporada los dos que... No hemos vuelto. Ahora pues alguna vez hemos hablado...pero poco. Hace mucho que no sé nada.”* (Entrevistados III).

Esto ocurre en los casos en los que la familia reside fuera y la distancia geográfica los separa, viéndose el contacto reducido hasta su casi desaparición. En otros casos en los que la relación y el contacto con los familiares continúa siendo frecuente y la distancia física es menor, la dependencia también influye o así lo viven y lo verbalizan las personas que se encuentran en dicha situación:

*“Lo que pasa que con esto (señala la silla de ruedas) me ha cortado todos los hilos...pero...oye las cosas tienen que pasar, pues ya, pasan, ya está.”(Entrevistada I).*

En cualquier caso, esto ocurre debido a la dependencia en sí misma, como consecuencia de esa pérdida de autonomía, no como consecuencia del ingreso en la residencia.

#### *5.1.2 La historia relacional previa*

Uno de los aspectos transversales, y fundamentales, del que dependen prácticamente todas las consecuencias que se puedan dar en las relaciones familiares a causa de la institucionalización de la persona, es la historia relacional previa. Así lo hace saber la trabajadora social del centro y se corrobora también con el discurso de las personas residentes entrevistadas. En términos generales, y aunque posteriormente se detallen los cambios que se dan, ocurre que:

- a) Las relaciones familiares que eran buenas, en el sentido de que suponen una mejora del bienestar de la persona y la satisfacción de ambas partes, continúan y continúan siendo así.
- b) Las que eran inexistentes, siguen siéndolo. Aunque, ante ingresos hospitalarios o enfermedad grave, casi siempre, aparece alguna persona familiar del residente.

También se dan situaciones en las que familiares que estaban “ausentes” cuando la persona residía en su domicilio, al enterarse de que su pariente va a ingresar en la residencia, aparecen. Se entiende que motivados por un interés no en la persona, sino en sus bienes materiales (posible futura herencia), aunque en el caso de “Santo Domingo” estos casos no son habituales. Hay que

recordar que se trata de personas dependientes sociales, y la mayoría de ellos no dispone de abundantes bienes materiales ni económicos.

- c) Las relaciones familiares conflictivas, continúan siendo conflictivas o desaparecen.
- d) En algún caso, excepcional pero interesante, las relaciones familiares se han visto mejoradas, o incluso, relaciones que estaban prácticamente rotas se han retomado debido al ingreso.

*“[...] en el caso de este señor, cuando ingresó, no mantenía relación con ninguno de sus hijos, debido a su consumo abusivo de alcohol. Sin embargo, estando aquí lo ha dejado y ha mejorado notablemente su aspecto y su calidad de vida, y a raíz de eso los hijos ahora se tratan con él y alguna vez han ido por ahí juntos.”* (Trabajadora Social, residencia Santo Domingo).

### *5.1.3 Tres momentos importantes para observar las relaciones familiares: el ingreso, el periodo posterior al ingreso y el fallecimiento*

Según la trabajadora social, se pueden distinguir tres momentos “cruciales” en los que se puede apreciar la actitud de la familia y el tipo de relación que se da entre los familiares y la persona residente.

En primer lugar, el momento del ingreso; se aprecia quién se implica y cómo en función de los siguientes indicadores:

- a) Si los familiares acompañan a la persona o viene la persona sola.
- b) Si los familiares aconsejan y ayudan a la persona a preparar el ingreso; desde las gestiones burocráticas, hasta el bolso con sus cosas para llevar a la residencia, si suben con él/ella a la habitación y le ayudan a organizarse...
- c) Si la familia “obliga” (debido a las circunstancias) a la persona a ingresar.

En la entrevista de ingreso la trabajadora social pregunta al/la nueva residente por sus allegados y sus relaciones familiares, para conocer mejor a la persona y también averiguar con quién se puede contar ante caso de necesidad y a quién avisar e informar sobre su estado. En este momento se intenta indagar en la historia relacional, de manera que al menos se pueda apreciar si mantiene buenas relaciones familiares o

están rotas, ya que como se muestra en general, la historia relacional previa es lo que va a marcar las relaciones que se den una vez producido el ingreso.

En segundo lugar, durante el tiempo que la persona está ingresada en la residencia se aprecian diferentes tipos de relación entre los familiares y la persona residente, de cuidados y de apoyo familiar. Se aprecia si se preocupan por su familiar ingresado y el tipo de apoyo y cuidados que ofrecen: llamadas telefónicas preguntando por el estado de su familiar, visitas y el motivo de las mismas, si se ocupan de sus asuntos cuando es necesario (gestiones, correo, asuntos económicos, vivienda...) o si por el contrario no ofrecen dicho apoyo.

En este caso, según la percepción de la trabajadora social del centro, la relación se ve influenciada de manera notable por la ubicación del centro, el lugar de residencia de los familiares y, por supuesto, como ya se ha indicado, por la historia relacional previa.

Por último, ante el momento de fallecimiento, y ya en cuanto a los bienes materiales, se suelen apreciar dos situaciones opuestas: el interés de los familiares por la herencia y los bienes de los que la persona era poseedora (interés puramente material) o el interés por los objetos personales que la persona tenía en la residencia (interés más personal, afectivo) que normalmente va ligado a el interés por las posibles deudas que la persona fallecida había podido acumular y qué ocurre con ellas.

## **5.2 Dimensiones de las relaciones familiares de las personas residentes que se han visto modificadas a causa de su institucionalización**

Teniendo en cuenta las relaciones familiares en sus dimensiones solidaria y afectiva, atendiendo a las distintas dimensiones de la solidaridad familiar formuladas por Bengtson y Roberts (1991) y las categorías de transferencias o apoyos consideradas por Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003) a las que se ha hecho alusión en el marco teórico, las consecuencias que se han dado en estos campos tras el análisis de los datos obtenidos, son los que se detallan a continuación.

### **5.2.1 Las normas y compromisos: “solidaridad normativa”**

Una de las dimensiones de solidaridad familiar corresponde a los valores y normas con los que las personas se identifican y orientan su comportamiento. La delimitación de

normas sociales en su forma más estricta se refiere a las obligaciones de ayuda mutua entre padres e hijos, la solidaridad intergeneracional (Mendoza, 2012).

Ante la nueva situación, se puede apreciar, surgen nuevas normas y compromisos de comportamiento dentro del seno familiar, relacionadas con el cuidado y esa ayuda mutua de la que se hablaba. La institucionalización representa una situación nueva, ante la cual se actúa en base a las normas y compromisos arraigados en la familia, pero surgen otros nuevos relacionados con el contacto, las visitas, los cuidados y el tipo de apoyos que se brindan.

La vida familiar se reestructura en torno a una nueva institución dentro de la familia, que es la residencia. Lo que supone para las familias la “casa materna”, como punto de reunión y de encuentro, ahora cambia y ya no es ahí donde se producen normalmente dichos encuentros y por lo tanto, tampoco se dan de la misma manera.

Esto supone que los agentes implicados (persona residente y familiares) también actúan de manera diferente. Se va estableciendo un nuevo patrón de visitas (que normalmente son menos frecuentes) y de participación en las actividades de cuidado, cediendo algunas tareas al equipo profesional. (Padierma Acero, 1994)

En el discurso de las personas residentes se aprecia esta re-organización de los familiares alrededor de las visitas, especialmente cuando se trata de hijos/as. También se percibe el nuevo tipo de compromisos que entran en juego en relación con los cuidados. En sus relatos se aprecia también la necesidad que tienen de articular estas responsabilidades con las asociadas a la atención de sus hijos e hijas.

*“Patxi, el hijo, el tercero, pues se casó y tiene chico y chica, esos ya vienen menos porque claro, por el colegio. Mañana, el jueves, vendrán. Luego como, cuando hacían aquí el bingo, pues venían los lunes y los jueves. Bueno según qué lunes, como está separado mi hijo, pues si tienen que estar con la madre, pues entonces no venían, pero cuando estaban con Patxi venían. Jugábamos al bingo... [...] igual vienen a visitarme que me sacan por ahí. Ayer vino el hijo, va a trabajar de 9 a 5, al dejar los críos en el cole, porque como te digo están separados. Deja al crío en el cole, y luego a las 5, ayer le tocaba a su madre, lo cogería su madre, y él se vino aquí. Se tomó un par de cafecicos, porque*

*también vino la Eleni. También la Eleni vino, como hoy me tocaba ducha... pues me saco toda la ropa y ya me la dejó preparada.” (Entrevistada I)*

En algunos casos la división de tareas desarrolladas por los/as familiares y el equipo del centro entra en conflicto, en unos llega a verbalizarse y en otros es algo que está latente. Quizá debido a que no se negocia entre la familia y el equipo cuidador esa nueva definición de responsabilidades y el tipo de tareas a llevar a cabo por cada parte, sino que se da por hecho de manera indiscriminada sin tener en cuenta las particularidades de cada persona y de cada familia.

*“Mi hija cuando quiera, bueno todas las semanas fijo, los miércoles suele venir. Esta semana no sé, tiene que venir...ya vendrá un día de estos. Y ella es la que va a mi casa, y la abre, recoge el correo...y aquí, pues viene y me ducha y me hace el pelo...Me dicen aquí, el otro día me dijo una que trabaja aquí que no tiene por qué hacérmelo ella, que a ver por qué me lo tiene que hacer ella (la hija) si ya están ellas para eso. Se enfadó casi conmigo porque le dije que “¡a ver por qué no!”. Me supo muy malo, oye, si ella quiere y viene a hacérmelo porque quiere hacérselo a su madre, y yo no quiero que me toquen otras, mientras se pueda, claro, por qué no me lo va a hacer... ¿Quién es ella para decir eso?”. (Entrevistada VII).*

Los compromisos varían en cada caso, dependiendo de la historia relacional previa y de la motivación y origen de los mismos. A grandes rasgos, se puede diferenciar entre las visitas y cuidados que se dan desde el afecto (deseo), es decir, aquellas personas que vienen porque quieren ver a sus padres/madres, tíos/as, abuelos/as, hermanos/as...y les apetece visitarlos por el “simple” hecho de estar con ellos/as, y aquéllos que se brindan desde la obligatoriedad, únicamente porque saben que son la única persona de la familia con la que cuenta la persona residente o en los que aunque los sentimientos hacia la persona sean de rechazo, prima la obligación moral. El tipo de relación resultante en ambos casos es totalmente diferente y los cuidados y apoyo brindados difieren. Así, normalmente, en el primer caso se cubren las necesidades tanto afectivas como de cuidados, y en el segundo únicamente se da respuesta a las necesidades más básicas y materiales.

*“Hay una mujer, una nuera, que viene a cuidar a su suegra y no la puede ni ver. Dice que la suegra nunca la ha querido, que ha sido una harpía que se portó fatal con su marido, ya fallecido. Pero sin embargo viene regularmente, porque cree que es su obligación. Y otra señora, que viene a ver a su hermano solo porque sabe que es ella la única persona que tiene, la única con la que cuenta, y por eso viene.”* (Trabajadora social, residencia Santo Domingo)

Por otro lado, desde la residencia se avisa y se llama a los familiares para dar información sobre la presencia de enfermedad, cuando es necesario su acompañamiento para realizar alguna salida o debido a ingresos hospitalarios. Estas circunstancias pueden dar lugar a un sentimiento de “evaluación” en los familiares en el sentido de pensar en el “qué dirán”, dando lugar a sentimientos de obligación y pudiendo generar situaciones de compromiso.

### *5.2.2 Proximidad de los familiares y amplitud de la red familiar: “solidaridad estructural”*

Las familias constituyen una red de apoyo. Se trata de individuos enlazados por uno o más tipos específicos de relaciones entre ellos, entre los cuales se dan transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación (también conocidas como transferencias) (Guzmán, Huenchuan, & Montes de Oca, 2003).

Como consecuencia de la institucionalización, debido por un lado a la ubicación de la residencia y el lugar de residencia de los familiares (distancia física, geográfica), y por otro a la creencia de que la persona ya tiene todas las necesidades cubiertas, el número de familiares que forman parte de la red y que podrían constituir dichas oportunidades de intercambio de ayuda, en la mayoría de los casos, disminuye.

*“antes venían a comer los sábados a casa [...] ya desde que estoy aquí ni un día han venido, ni me han llamado ni nada”* (Entrevistada VII)

El grado de afectación del ingreso en este aspecto depende de nuevo de la historia relacional previa y del grado de parentesco, ya que en los casos en los que hay hijos/as y especialmente nietos/as, se ve menos afectado.

*“Suelen venir aquí, a visitarme, no me dejan. Más el pequeño, porque tiene los hijos, que son pequeños. Los nietos, que claro le dicen “vamos a ver a la*

*abuela”, “que queremos ver a la abuela”, y entonces pues vienen más, yo creo que por eso.” (Entrevistada IV)*

También está el apego a la casa, a los espacios físicos. No supone lo mismo visitar al familiar en la residencia que en su casa, sobre todo en aquéllos casos en los que se trataba de la casa familiar.

*“nos solíamos juntar en casa ¿verdad?. ¡Jo qué comidas preparaba ésta!. Allí nos juntábamos todos, los hermanos, los sobrinos...en el comedor, un comedor grande que tenemos. Ahora...pues bueno, ¿verdad? Estando aquí (suspira)...ya nada, qué se le va a hacer.” (Entrevistados V)*

### *5.2.3 La intensidad de la relación, el tipo de contacto y la frecuencia del mismo. La “solidaridad asociativa”*

El contacto entre los miembros de la familia es lo que permite mantener el vínculo a lo largo del tiempo; ya sea en forma de visitas y encuentros o a través de medios de comunicación: el teléfono, el correo postal o las nuevas tecnologías. En este caso, el teléfono es la principal vía de contacto en la distancia, y generalmente va asociada a la frecuencia de los contactos “cara a cara” en los casos en los que se da mayor proximidad geográfica. Se entiende que a mayor frecuencia de contacto, existe mayor oportunidad de solidaridad familiar, de manera que la ubicación geográfica y la frecuencia de contacto potencian o disminuyen también la probabilidad de constituir un núcleo de apoyo mutuo entre las personas. (Mendoza, 2012).

Una de las consecuencias de la institucionalización es que la frecuencia de los contactos “en persona”, es decir las visitas, disminuye. Debido principalmente a dos factores: la distancia geográfica y la creencia de que la ayuda ya no es “necesaria”. En este sentido, cuando la persona residía en su domicilio, las visitas de los familiares se daban en muchos casos debido a la necesidad de supervisión y/o de ayuda de la persona residente para realizar algunas tareas que ahora ya no realiza (como las domésticas) porque recibe esa ayuda por parte del equipo profesional del centro. En este sentido, los motivos de las vistas cambian, ya que las necesidades que tiene la persona residente también lo hacen.



Por otro lado, el lugar en el que se producen dichos encuentros cambia; antes se daban en la casa materna o en casa de los familiares y ahora, mayoritariamente se dan en la residencia y por parte de los familiares. En algunos casos esto ha influido en que los encuentros se hayan reducido.

*“somos muchos hermanos y solían venir a casa, pues a comer los días de fiesta y de vez en cuando, los domingos. Y los sobrinos, a hacer alguna cosa... Y qué comidas preparaba ésta... (la hermana), ¿verdad?. Siempre te decían, que qué mano tenías. Pero...ahora ya, estando aquí eso se acabó...”* (Entrevistados V)

En otros casos, salen a comer fuera, se ven en la calle, o en los domicilios de los familiares.

*“en fiestas un día fuimos todos por ahí, y comimos...pero un día nada más, con un día, les dije, que estemos todos ya me vale. Y luego otro día también salimos, en verano. Ahora me querían llevar otra vez para algún día, pero les dije que no, ahora en invierno.”* (Entrevistada II)

*“el otro día estuvimos el yerno, la hija, la otra hija y yo comiendo por ahí. Fuimos a Ayegui, al bar del futbolista. Hemos ido cuatro veces o cinco porque la hija vive allí en Ayegui”* (Entrevistada I)

Sin embargo, según lo perciben los/as propios/as residentes, el tipo de contacto y/o cómo se da cambia, pero no tanto la frecuencia del mismo. De hecho, en cuanto a la intensidad de la relación, la perciben como similar.

Ahora las visitas en algunos casos se han visto reducidas, pero sin embargo es mayor el contacto telefónico. En los casos de personas extranjeras, el contacto se da por correo y las visitas que antes solían ser regulares ahora ya no se dan, pero no debido al hecho de estar en la residencia sino por dificultades derivadas de la edad o la enfermedad.

En términos generales, las personas residentes no perciben que las relaciones con sus familiares hayan variado debido al ingreso en la residencia. Cambian las condiciones en las que se producen, como hemos señalado, pero la percepción de la intensidad y la calidad de las mismas al parecer no lo hacen. Al preguntar a las personas residentes sobre si creen que sus relaciones familiares han cambiado a raíz de ingresar en el

centro, su respuesta, unánime en los casos que he entrevistado, ha sido que, en general, no.

*“No, no. Claro la vida es distinta, cambia de estar en tu casa... a aquí. Pero la relación con ellos no. Suelen venir aquí, a visitarme, o vamos fuera... no me dejan.”* (Entrevistada II)

Incluso reconociendo que el tipo de cuidados sí que han cambiado, las relaciones se sienten iguales. Lo que, interpretamos, significa que se da mayor importancia a la dimensión afectiva de las relaciones, que parece no cambiar con la institucionalización, y al sentimiento de no haber sido abandonados tras este importante cambio residencial.

No obstante, un aspecto a tener en cuenta es la subjetividad tan presente en este aspecto, de cada persona. Tanto en los residentes como en familiares, la percepción del cuidado puede diferir de unas personas a otras. Así me lo hizo saber también la trabajadora social del centro desde un primer momento:

*“si hablas con familiares, algunos te dirán que quieren mucho a su madre o abuelita, que vienen a visitarla y están con ella... y realmente no es así, o ni se arriman, y si preguntas a algunas abuelitas te dirán todo lo mejor de sus nietos/as o hijos/as, que hacen todo lo que pueden... o todo lo contrario, que no vienen nada a verle, que la tienen abandonada... y sin ser esto realmente así. Es algo muy subjetivo”* (Trabajadora social, residencia Santo Domingo)

Efectivamente, ocurre esto, y lo que para una persona supone estar más que satisfecha con el apoyo que le brinda su familia, para otra, aunque el apoyo sea mayor, resulta escaso. El mismo número de visitas para unas personas representa frecuentes contactos y para otras, muy escasos. ¿Pero es que acaso no es eso lo que realmente cuenta, la percepción, cómo siente la realidad cada cuál?

En cuanto al parentesco, en los casos en los que hay hijos y nietos es con estos con quienes mayor contacto se produce, sin resultar tan significativo el contacto con sobrinos, hermanos u otros parientes. Sólo en los casos en los que no hay descendencia, las relaciones entre hermanos y/o sobrinos son más intensas y más frecuentes.

#### 5.2.4 El sentimiento de pertenencia y el vínculo afectivo: la “solidaridad afectiva”

La dimensión afectiva de las relaciones es también una dimensión de la solidaridad familiar, ya que la afinidad de la relación y el sentimiento de pertenencia, la identidad familiar y los vínculos afectivos sientan las bases para el intercambio de ayuda, en la que se materializa también la solidaridad familiar. Ambas dimensiones conforman las relaciones: la afectividad y la solidaridad.

La solidaridad afectiva se explica a través del tipo de sentimientos positivos compartidos y recíprocos entre los miembros de una misma familia, tales como el respeto, la confianza, la comprensión, el cariño, etc. (Mendoza, 2012).

Es, al parecer, el principal elemento por el que estas personas (y quizá todas) “miden” sus relaciones familiares, por los sentimientos que afloran en ellas. De los que a su vez van (normalmente) ligada la solidaridad propiamente dicha (cuidados y ayuda mutua).

Este aspecto depende aun más si cabe de la historia relacional previa y de los valores, de la familia y de cada persona. Según el discurso de las personas residentes, al hablar sobre las consecuencias que ha podido tener la institucionalización en sus relaciones familiares, su percepción indica que en este ámbito no ha supuesto cambios. Reconocen que el tipo de cuidados sí que ha cambiado, pero sienten que las relaciones continúan como antes, lo que se traduce en que se da mayor importancia a esta dimensión afectiva de las relaciones, llegando a identificarlas y/o medirlas casi únicamente por este componente afectivo, que parece no cambia (o así se percibe) con la institucionalización.

*“no, no, igual. Igual. Bueno con el marido así mejor (no tiene relación desde que está en la residencia) porque era un impresentable [...] Mira ahí tengo la foto de la hija, y esa de la otra. Y ese, ese que ves ahí es mi nieto...lo que lo quiero... (suspira) lo que le está tocando pasar en el cole, al pobre, que se meten con él los demás críos, qué malos son...[...]con lo bueno y majo que es él, míralo... Y la hija... (coge la fotografía y la besa, llorando) lo que le está tocando vivir a la pobre, sacando al crío sola, y ahora está sin trabajo...ya le digo que no venga, porque vive en Cizur, y tiene un coche que gasta mucho. Ya le digo, que no venga ni me llame, que ya le llamaré yo si no, que no se gaste ella nada que ya*

*sé que anda mal de dinero. Yo...pues intento ayudarle, lo que puedo... Y no hace falta, ya sé, ya sé que se acuerda mucho de mí aunque no venga, que no viene porque no puede...”* (Entrevistada VI)

El sentimiento de pertenencia al grupo, a la familia, puede verse afectado por la institucionalización en un centro residencial. Informarle de lo que ocurre en su barrio, en la ciudad o el pueblo, también de lo que ocurre a los miembros de la familia o hacerle partícipe y contar con ella en aspectos que tengan que ver con su casa son elementos que cobran mayor valor si cabe que antes para una persona cuya vida transcurre en residencia. En los casos en que esto es así, y la persona siente que es informada, que tiene una buena comunicación con sus familiares, el sentimiento de pertenencia se mantiene, no sintiéndose desplazada. Esto ayuda a mejorar el bienestar de la persona, que se siente mejor, y a que la adaptación al centro también lo sea. Al ingresar, la trabajadora social incide, tanto con el futuro/a residente como con las personas que le hayan acompañado, en que los cambios originados por el ingreso no supongan una ruptura con todo lo anterior. Por el contrario, hace hincapié en que se intente mantener el contacto y las relaciones (las que en ese momento estén bien, no se plantea desde el centro recuperar las que estén rotas o mejorar las conflictivas) con las personas de su entorno (ya sean familiares, vecinos/as...), informar al residente de lo que ocurre en su pueblo o en el barrio, etc. De esa manera, el sentimiento de pérdida es menor, ya que no se sienten desplazados, y la adaptación se hace más fácil.

Algunos de los residentes expresan rechazo a “volver” a su pueblo o a su casa, y “prefieren” (o se han hecho a la idea) que el ingreso suponga “cortar” con todo ello. La principal razón es la creencia de que si lo hacen, van a experimentar una mayor nostalgia y añoranza.

*“Uf... (cabecea) yo no. Esta sí que fue un día, ¿verdad?, con la sobrina y el hermano, pero yo no. No he vuelto desde que estamos aquí. No, no quiero.”*  
(Entrevistados V)

No obstante, esto es o sería así si la visita fuera puntual, pero si se tratase de visitas más o menos regulares, y que sirviesen para que ellos mismos siguiesen el mantenimiento de la casa, verse con las personas con las que anteriormente mantenían contacto, etc., entonces el efecto sería el que la trabajadora social propone,

que esos sentimientos de pérdida, añoranza y melancolía asociados al ingreso fueran más leves.

En general, el recibir información de lo que ocurre en la familia, el estar “al día” de lo que ocurre en su barrio y de los asuntos familiares, es algo que estas personas valoran positivamente, al sentirse tenidas en cuenta.

Las muestras de afecto, la escucha, la empatía, el cariño... son aspectos que estas personas valoran mucho y a los cuales otorgan incluso mayor importancia que a los cuidados asistenciales.

*“esto, el poder hablar con alguien, que te escuche, pero de verdad...es algo que no se paga con nada, con nada (emocionada) Y de eso aquí...hace falta mucho eh, mucho...porque...aunque te hagan todo...sí, muy bien, muy bien cuidadas ya estamos, nos duchan, nos dan de comer... pero... (cabecea) hace más falta esto eh” (Entrevistada VI)*

#### 5.2.5 Las transferencias y la ayuda mutua: “solidaridad funcional”

Esta dimensión es la que generalmente se identifica de forma más directa con la solidaridad familiar, como definición de la misma, y con el apoyo mutuo, refiriéndose a la voluntad de dar y recibir ayuda por parte de otros miembros de la familia. Se da de forma esporádica y/o periódica y las ayudas o recursos son de tipo material, económico o asistencial.

A causa de la institucionalización, esta dimensión de la solidaridad no cesa, como se suele creer comúnmente, sino que la ayuda y apoyos que aportan las familias cambian. Obviamente, dependiendo de la historia relacional previa, continúan dándose en aquellos casos en los que anteriormente se daban, y en aquéllos en los que no se daban (generalmente, a excepción de algún caso puntual), siguen sin darse.

En cuanto a la reciprocidad, las personas residentes sienten que lo que ellas pueden dar u ofrecer a sus familiares es menos que cuando se encontraban en sus casas. Ya no son ellas las que preparan la comida familiar, ni las que ponen el lugar para las reuniones familiares, ni las/los que enseñan a hacer una receta o poner la huerta o arreglar un cacharro, no disponen de la misma libertad de poder invitar. Sin embargo,

puede que teniendo más para ofrecer, ellas mismas podrían contribuir a mejorar la calidad de sus relaciones.

*“no lo sé...a lo mejor si estas personas, si nuestros residentes, tuvieran más para dar o más que ofrecer...igual entonces tendrían mayor relación con sus familiares. No hablo de “comprar” a nadie, por supuesto, pero es que las relaciones son así. Das y recibes, ¿no? todo abuelo o abuela da la paga a sus nietos y estos les quieren mucho, sin falta que le den nada, claro, pero si recibes algo, sea material o no, más lo valoras. Como nos pasa a todos, al fin y al cabo, en eso se basan las relaciones interpersonales, das y recibes.”* (Trabajadora Social, residencia Santo Domingo)

En algún caso, este punto ha resultado clave, tanto que a raíz de ingresar la persona en la residencia, la relación familiar ha cesado.

*“Ya te digo, de los otros dos no sé nada...pero es que la hija cuando daba señales era porque quería algo, para pedir. Y así es, desde que estoy aquí no he tenido noticias de ella. Ya sabe que estando aquí...poco le puedo dar. Poco no, nada.”* (Entrevistada VII)

En cuanto al tipo de apoyo (material, instrumental, emocional y cognitivo), continua dándose de los cuatro tipos, pero las tareas cambian y, según parece, cobra mayor importancia el apoyo emocional y cognitivo, ya que los cuidados más asistenciales pueden ser cubiertos por el equipo profesional del centro y sin embargo el afecto y el cariño que pueda brindar la familia y lo que ello supone, es algo insustituible.

*“Pues hombre, lo que te digo, antes me tenían que hacer las cosas, la comida, lavar la ropa...que lo hacía mi hijo. Aquí pues eso ya tenemos hecho.”* (Entrevistada II)

Los cuidados que desempeña ahora la familia cambian, se va especializando en determinadas funciones y el suministro del soporte psicoafectivo y emocional (aunque no se dan en todos los casos). De hecho, la trabajadora social dice refiriéndose al apoyo que desempeñan las familias de las personas institucionalizadas: *“se hacen cargo de sus asuntos”* refiriéndose con *“sus asuntos”* principalmente a la realización, o

ayuda para la misma, de gestiones, el mantenimiento de la casa, y acompañamientos a visitas médicas e ingresos hospitalarios.

Se dan también diferentes casos en función de la tipología de apoyo que reciben las personas de sus familiares. A grandes rasgos, se distinguen tres tipos de relaciones:

- a) Aquellas que cubren la parte más afectiva y no las necesidades materiales o instrumentales. En estos casos, es debido a la falta de capacidad de las personas allegadas para realizar dichas actividades de cuidado.
- b) Las que se basan en los cuidados materiales e instrumentales. Es lo que ocurre cuando los sentimientos son de rechazo a la persona, pero impera la obligación moral.
- c) Y las que cubren tanto la necesidad de cuidados estrictamente físicos y materiales y también brindan apoyo emocional y afectivo. Son las que constituyen “buenas” relaciones.

Como norma general, en la Residencia Santo Domingo, los apoyos continúan dándose, aunque cambien, en los aspectos señalados, en el sentido que se daban previamente: positiva o negativamente, dependiendo de la historia relacional previa. Esto confirma lo señalado por Goñi-Urrutia (2009) en la protección familiar que la familia procura fuera del ámbito residencial.

## 6. LA INTERVENCIÓN EN LAS RELACIONES FAMILIARES DE LAS PERSONAS RESIDENTES

Desde la residencia se contacta con los familiares de las personas residentes generalmente por dos motivos:

- a) Para informales sobre el estado de su familiar: en el caso de que haya surgido alguna alteración o necesite de acompañamiento para realizar alguna gestión. En algunos casos de residentes en los que es necesario intervenir (debido a problemáticas de diversa índole) se tiene en cuenta a la familia y se negocia con ella cómo se puede actuar o intervenir entre todos (familiares y equipo) con la persona en cuestión. En otros casos, aunque el contacto haya sido por este motivo, sirve también para que los/as familiares hablen y se “desahoguen”.
- b) y para invitarles a actos que se hacen en la residencia (conciertos, teatros...). Estos acontecimientos sirven para que las personas familiares se acerquen a la residencia, conozcan a otros residentes y a otras familias, y tanto familiares como residentes pasen un buen rato disfrutando de la compañía mutua. Pero estas actividades son algo excepcional, no se hacen regularmente.

*“Mira, ahí se podía hacer más. Ahí tienes el ejemplo, cuando invitamos a todos los familiares al concierto del cuarteto de la Orquesta Sinfónica, y a la chocolatada que preparamos después. Les enviamos carta y les llamamos por teléfono a todos, y la mayoría respondieron estupendamente, y vinieron. Había mucha gente que yo ni conocía ni había visto nunca por aquí.”* (Trabajadora Social, residencia Santo Domingo)

Esto demuestra que cuando el equipo profesional se implica y a las familias se les ofrece un motivo agradable para acudir al centro y pasar un rato diferente y ameno con sus familiares, estas responden positivamente; incluso aquellas que normalmente no visitan a su familiar entonces lo hacen. El resultado es una experiencia positiva para los residentes y para los familiares, y también para el equipo profesional, que ve su esfuerzo compensado por la buena experiencia generada.



Como se puede observar, no se tiene en cuenta a la familia como objeto de intervención, con sus propias necesidades derivadas del ingreso de su familiar en el centro. No se actúa sobre ello y tampoco se repara en ello. Tampoco se considera a la persona residente y a su familia como unidad psicosocial de atención, de modo que el propio modo de diseñar la intervención separa a la persona residente de su familia, al no considerar las necesidades conjuntas que el proceso de ingreso y la nueva situación residencial ocasiona. La relación que se mantiene desde la residencia con los familiares es meramente informativa (sobre su familiar, no sobre aspectos que les atañen como familia) y se da desde Trabajo Social (sobre todo, la trabajadora social es quien contacta directamente con las familias, y las familias con ella), desde recepción (son quienes los reciben, ven quiénes son y cómo son, como discurre la visita... y si percatan algo “extraño” lo hacen saber a la trabajadora social), desde enfermería y medicina (para temas médicos), desde administración (gestiones y pagos) y puntualmente desde dirección.

Uno de los actores que no aparece en esta relación son las cuidadoras, que sin embargo a la hora de dar información sobre el/la residente serían la figura más importante, ya que son quienes más están y conocen a la persona y están al tanto de cómo está, qué expresa..., y el personal de comedor, que da la información que cree relevante a la trabajadora social (de lo que ven en el comedor; si alguien come o no, si ha dejado de hacerlo, si ha reñido con alguien de la mesa...), y ésta, si lo considera oportuno, se lo hace saber a la familia.

Desde la perspectiva de la trabajadora social del centro, debería darse una *intervención* (relación) con las familias que fuera multidisciplinar, que permitiese informarlas de manera más precisa sobre el estado del familiar residente y conocerse mutuamente.

En definitiva, la visión que la institución tiene sobre las familias se acerca a considerarlas una fuente de apoyo, aunque sin percatarse de todo su potencial, y no contempla que las posibles crisis y los cambios que se dan derivados de la institucionalización de sus familiares residentes sea algo que atañe a sus competencias de actuación. No se considera a las personas familiares como objeto de intervención, y por lo tanto, la relación entre éstas y el familiar residente es algo que, se da por hecho,

debe de ser entre ellos y sobre lo que no se contempla intervenir, al no reparar en las consecuencias que el ingreso en la residencia de un familiar supone.

## CONCLUSIONES

Una vez realizado el análisis de los resultados obtenidos tras el trabajo de campo, éste ha dado lugar a la contrastación de las hipótesis planteadas y a la reflexión personal sobre algunas cuestiones, planteando también nuevos interrogantes.

En cuanto a la hipótesis de que las modificaciones y las consecuencias de la institucionalización dependerían de la historia relacional previa, se ha comprobado que es así, que la historia relacional previa juega un papel determinante y que de ella depende cómo son las relaciones familiares tras del ingreso.

Sobre la idea de que el momento del ingreso podría marcar un punto de inflexión en la relación (considerando tanto la dimensión afectiva como solidaria de la misma) produciendo cambios en la misma desde el mismo momento puntual del ingreso, hemos podido comprobar que supone cambios inmediatos relacionados con los cuidados de la persona, pero no es así en su dimensión afectiva. Además, según el discurso de las personas entrevistadas la institucionalización no ha constituido un punto de inflexión en las relaciones familiares, sino que es un paso más, una transición en las mismas. Así es vivido por las personas residentes, que lo consideran una etapa más de sus vidas y con un punto entre resignación y adaptación, como *“lo que toca”* y *“lo que hay”*.

Otra de las hipótesis planteadas era que la relación también podría modificarse de manera progresiva, como consecuencia del tiempo que la persona lleva ingresada en la residencia, de forma que el cambio en la relación (tanto en su dimensión solidaria como afectiva) se iría dando paulatinamente; en términos generales, esto no es así, y las relaciones familiares continúan siendo como eran; así si fueron cordiales y positivas en el pasado, continúan siéndolo, sin suponer el ingreso un cambio en el sentido de esa relación. Del mismo modo, en la mayor parte de los casos en los que las relaciones familiares estaban ya rotas, estaban deterioradas o eran conflictivas, continúan así o se han acabado de romper con el ingreso, al poner *“tierra de por medio”*. Existe algún caso puntual, excepcional, en el que a raíz de la institucionalización la relación de la persona residente con sus familiares se ha visto beneficiada notablemente. Esto ha ocurrido con personas para las que el entorno residencial ha ofrecido las pautas de

organización que la persona no lograba encontrar por sí sola. Lo que demuestra que la hipótesis de que la relación familiar podría mejorar, al tratarse de personas dependientes sociales y en algunos casos con problemáticas sociales, debido a los cambios asociados al cuidado y la mejora en su calidad de vida, es así.

En otros casos, también muy puntuales, familiares que no habían aparecido en la vida de la persona mayor hasta entonces, en el momento del ingreso o cuando se han enterado que la persona ha ingresado en la residencia es cuando han hecho acto de presencia, debido a un interés no por la persona sino por sus bienes (posible posterior herencia).

No obstante, se ha comprobado que la institucionalización de las personas mayores tiene consecuencias en sus relaciones familiares: surgen nuevas normas y compromisos en la familia relacionados con el cuidado de la persona mayor, la proximidad de la red familiar en muchos casos se ve disminuida, la frecuencia de las visitas, en general, disminuye, el lugar en el que se dan dichos encuentros cambia, y el tipo de contacto (aunque no tanto la frecuencia del mismo) también. Por lo tanto, la hipótesis de que la institucionalización de las personas mayores tiene consecuencias, en sus las relaciones familiares, viéndose estas modificadas tanto en su dimensión afectiva como solidaria es cierta en parte, ya que en su dimensión más afectiva no se ha comprobado que sufra modificaciones debido al ingreso en residencia.

Sin embargo resulta curioso cómo aunque muchos aspectos de la relación cambian, el sentimiento y la percepción de la persona mayor es que continúan siendo iguales. Los cuidados cambian, pero ¿y el componente afectivo?, ¿es que evaluamos nuestras relaciones únicamente por la carga emocional?, ¿acaso no está ésta ligada a los cuidados y solidaridades y viceversa? Los cuidados (en los casos en los que previo al ingreso se daban) cambian, pero no cesan debido al ingreso. Al parecer, continúan dándose aunque las tareas, obviamente, cambien. Es probable que sea por esto que las personas perciban que sus relaciones con sus familiares no han cambiado, porque sienten que provocan las mismas reacciones en ellas y que continúan estando (o no estando) ahí de la misma manera que lo hacían anteriormente.

Seguramente haciendo este mismo estudio en otra residencia, de ámbito privado, en la que ingresan personas con algún grado de dependencia, y no dependientes sociales,

se encontrará que las consecuencias de la institucionalización de estas personas en sus relaciones familiares serán diferentes.

En cuanto a la intervención familiar, es algo que no se contempla como tal ni por parte de la institución ni por parte de las personas residentes. Al preguntar a los mayores por este pormenor, no sabían qué contestar ni a qué me refería. Algo parecido ocurrió al preguntárselo a la trabajadora social, que no pensó que me refería a una intervención dirigida a las familias y cuyo peso debiera caer en el ámbito del trabajo social.

La interrelación familia-institución está promovida por asuntos meramente informativos acerca del familiar ingresado y se la considera como fuente de recursos de cuidados complementarios para la persona residente, pero no se lleva a cabo una negociación o coordinación entre ambas que permita alcanzar el grado de claridad necesario en la distribución de tareas y apoya a la integración de las familias, sino que es algo que se da por hecho. No se tienen en cuenta las peculiaridades de cada sistema familiar y de cada persona ni que se encuentran en una situación ante la cual no se sabe cómo actuar adecuadamente ni hasta dónde se supone que pueden intervenir. En algunos casos la institución y las familias entran en conflicto debido a esto, ya que no todas las familias piensan igual. Mientras unas dan por sentado una mayor delegación de responsabilidades, ya sea por deseo o porque creen que “tiene que ser” así, a otras les gustaría ser ellas las que llevasen a cabo algunas de las actividades de cuidado de su familiar realizadas por el equipo profesional. Esto da como resultado que la complementariedad entre el apoyo brindado por la familia y el dado por la institución no siempre es la idónea.

Tampoco se considera a la persona residente y a su familia como unidad psicosocial de atención, de modo que el propio modo de diseñar la intervención separa al residente de su familia, al no considerar las necesidades conjuntas que el proceso del ingreso y la nueva situación residencial ocasiona.

Sin embargo, el mantenimiento y la mejora de las relaciones familia-residente incrementaría el bienestar de ambas partes, y es algo en lo que la institución puede actuar, facilitando y fomentando los encuentros entre ambas partes y a su vez integrando a las familias en el centro.

Hay mucho por investigar acerca de las relaciones familiares de las personas mayores que viven en residencias, y en consecuencia, mucho por hacer. Pero para ello un primer y gran paso es cambiar las ideas preconcebidas existentes.

## **PROPUESTA DE MEJORA DE LAS RELACIONES FAMILIARES EN LA RESIDENCIA**

Cada persona que ingresa en la residencia lo hace también con su familia; las relaciones previas, los valores, los conflictos, las deudas y las lealtades familiares, entran en la residencia con cada residente y ejercen un impacto en la persona. Esto no debería de ser olvidado por el equipo, ya que muchas veces la clave del éxito del cuidado institucional puede depender del mantenimiento de la integridad familiar. El sistema familiar debe interactuar con el institucional, caracterizado por su complejidad y organización burocrática y el desconocimiento de ello por parte de las familias y de las personas residentes, y se espera que la familia sea capaz de hacerlo rápidamente, cuando además (al menos en las primeras tomas de contacto) este sistema familiar se encuentra en un momento de crisis debido al ingreso de su familiar (Padierna Acero, 1994).

La familia de las personas residentes debe ser considerada como objeto de intervención y como fuente de ayuda, dependiendo del momento en el que se encuentre. En algunos momentos, y depende también de las personas, serán los propios familiares quienes necesitarán atención por parte del equipo, y en otros serán quienes tengan la capacidad de brindar la ayuda y apoyo. Desde esta perspectiva, se tiene en cuenta que la familia también pasa por un proceso de adaptación al internamiento de uno de sus miembros, y asume cambios en el tipo de cuidados a ejercer (Padierna Acero, 1994) y por lo tanto, también en la relación con el/la familiar residente y los roles que cada miembro de la familia ocupa en la misma.

El análisis de los resultados pone de manifiesto que diversos aspectos de las relaciones familiares se ven modificados a causa del ingreso en residencia de las personas mayores y que éstas podrían mejorar si se interviniese en los mismos.

Es por ello que se considera oportuno presentar una propuesta de intervención dirigida a conseguir el mantenimiento y/o la mejora de las relaciones familiares de estas personas, con el fin de aumentar su bienestar (tanto de las residentes como de las familiares).

Para ello, es necesario un cambio de visión de la institución hacia los familiares teniéndolos en cuenta como objeto de intervención y como fuente de apoyo, y la disposición de un espacio físico propicio para que se den los encuentros entre los/las familiares y los/las residentes.

El objetivo principal que se pretende alcanzar es el sostenimiento y la consolidación de los vínculos entre las personas residentes y sus familiares, intentando mantener la vida familiar y procurando que estas personas sigan participando en ella, sin perder su rol dentro del sistema familiar. Para ello se ha de favorecer un contexto que permita establecer y re-establecer las relaciones sobre otras bases que no sean únicamente las de la relación de cuidados, haciendo de la residencia un lugar más agradable y familiar en el que las personas residentes puedan recibir a los familiares “como en casa”.

La trabajadora social del centro considera respecto al tema que podría “hacerse más” contando con una mayor implicación del equipo

*“Se podría hacer más, mucho más. Pero claro, poniendo todos los trabajadores de nuestra parte e implicándonos”* (Trabajadora social, residencia Santo Domingo)

Y propone tres actuaciones que desde su punto de vista facilitarían/fomentarían las relaciones familiares de las personas residentes y también la relación de las familias con la institución:

- El estableciendo de un protocolo que marcara el contacto con las familias, ya que en otras residencias lo contemplan así y existe un protocolo para ello.
- Facilitar el acercamiento y la entrada de personas del exterior a la residencia, no poniendo barreras sino disminuyéndolas.

*“ [...] lo primero el cartel que te encuentras a la entrada, de “atención visitas...” En otras residencias vas y puedes pasearte por toda la casa sin que nadie te diga nada, tú entras y ya está, no ves ningún cartel que te lo prohíba. Puedes entrar a la habitación del familiar, ir a tomar algo a la cafetería... Por ejemplo, aquí la cafetería no está pensada para eso, nunca ves a nadie que no sean residentes. En la Misericordia, la cafetería no tiene nada que ver, tengo allí a personas conocidas, por lo que suelo ir a menudo, y cuando vas allí están en*



*grupos tanto personas residentes como visitantes, tomando un café, charlando...parece una cafetería más, de la calle. Nada que ver con esto.”(Trabajadora social, residencia Santo Domingo)*

- Ante el éxito de las realizadas (“pocas”), la realización de más actividades colectivas: conciertos, proyección de películas, teatros... a las que se invitase los familiares de las personas residentes.
- Otra opción que propone es llevar a los residentes a visitar a sus familiares facilitándoles el transporte desde la residencia. O aprovechar los viajes que ya se hacen para llevarles a visitas médicas para que fueran también otras personas y acercarlas a visitar a quien quisieran.

*“una vez, una monja me contaba que en su residencia había una mujer que de vez en cuando le daba por recordar su casa, su pueblo...quería ir a toda costa, lo añoraba... y no tenía manera de ir. Pues ella, la monja, la cogía con la furgoneta, le daba un par de vueltas por Tafalla, veía a gente, y la subía hasta un mirador desde donde veía su pueblo, y estaba con algún conocido...y la mujer ya se quedaba contenta.”(Trabajadora social, residencia Santo Domingo)*

Con el fin de conseguirlo se proponen aquí tres actuaciones, basadas en las ideas de proyectos de la Fundación Mèdèric Alzheimer llevados a cabo en residencias francesas (Guisset-Martinez, 2011).

- Sala para las reuniones familiares

Los sentimientos que generalmente provocan las residencias de personas mayores en las personas que acuden a visitar a sus familiares no suelen ser muy agradables, y es que las habitaciones y/o los espacios colectivos existentes no ofrecen el entorno más idóneo para un encuentro familiar (Guisset-Martinez, 2011). Es por ello que poner a disposición de todas las personas residentes y sus allegados una sala con el equipamiento necesario para sentirse “como en casa” (sillones, mesa de comedor, sillas, una pequeña cocina, vajilla, textiles, juegos para los más pequeños) facilitaría reuniones más íntimas y permitiría la organización de encuentros entre la persona residente y sus familiares, dando la oportunidad de compartir y participar conjuntamente

preparando una comida, una merienda...conforme a las costumbres familiares, haciendo de éste un espacio “propio” y agradable y permitiendo momentos de cooperación entre los y las familiares y la persona.



**Figura 1.** Patio y galería de la residencia

Para este espacio se podría adaptar una parte de la galería, o alguno de los espacios anexos utilizados como almacén (por ejemplo el que aparece en la fotografía). Además, en este caso, se dispondría de grandes ventanales y de acceso directo al patio (en su caso, al jardín/huerta si se llevase a cabo la propuesta siguiente).

- Creación de un jardín-huerto

Esta propuesta nace debido a que la mayoría de las personas residentes en Santo Domingo proceden del medio rural; Ante la demostración con sus discursos de la añoranza que sienten por sus “flores” y “huertas” del pueblo y el sentimiento de “no valer ya para nada” desde que están en el centro por un lado, y por otro ante la posibilidad real de llevarlo a cabo aprovechando la galería y el patio interiores del centro para su uso y la disposición de espacios cubiertos (edificios anexos utilizados como almacenes) donde poder guardar el material y la herramienta necesarios.

Se trata de crear un huerto-jardín, con parterres, jardines verticales, macetas... Organizado entre un espacio colectivo y espacios particulares (pequeños parterres delimitados, macetas, semilleros... todo lo que se les ocurra), pertenecientes a los residentes y sus familiares que así lo deseen. Cada cual (residente y familia) es responsable de “su terreno” y escogen los cultivos en función de sus preferencias. También pueden colocar maceteros allí donde lo deseen, por ejemplo a lo largo de la galería para decorarla. Cada persona sabría cuáles son las suyas y se ocuparía de ellas. Las hortalizas y verduras que se produjeran se podrían aprovechar en la cocina del centro, o para comidas familiares (propuesta siguiente), o dárselas los residentes a sus familiares.

Para ello, sobre todo al comienzo, sería necesaria la intervención del equipo profesional y personas voluntarias que lo deseen. El tiempo que el personal dedicase a esta actividad se debería de considerar incluido dentro de su jornada laboral. La labor a llevar a cabo por el equipo sería principalmente de sensibilización de las familias y de los residentes y la realización de actividades centradas en las plantas (especialmente en terapia ocupacional) jardines y huerta, animando a los residentes y a sus familiares a apropiarse de esos lugares para pasar buenos ratos, tanto en compañía de otros/as residentes como con sus familiares también.

Esto supone ocasiones de realizar conjuntamente actividades agradables, al alcance de todas las edades, el placer de compartir tareas, de que la persona se sienta útil al poder enseñar a sus hijos, nietos, sobrinos... cómo se hace, la oportunidad de aprender de nuestros mayores (Actividad intergeneracional) y con ello se crean buenos ratos (tanto en soledad y como en compañía), un mayor disfrute, recuerdos agradables, distracción y re-valorización de la persona al sentirse útil... Además, sirve también de elemento decorativo haciendo del centro un lugar “menos extraño”, menos frío, más “vivo”, bonito y agradable, con un lugar que tanto los residentes como las familias pueden sentir “propio”.

Por otro lado, constituiría un espacio de apertura y encuentro, de articulación entre el interior (la residencia) y el exterior (la comunidad), siendo un lugar de

encuentro a la vez que preserva el espacio propio de las y los demás residentes, protegiendo los espacios y la vida de unos y otros (Guisset-Martinez, 2011).

- Comida familiar en la residencia.

Con el fin de facilitar los encuentros familiares en torno a la persona residente, se podría ofrecer a los y las residentes la posibilidad de invitar a sus allegados para celebrar una comida familiar en el centro. En nuestra cultura, para la mayoría de la gente y más si cabe en el medio rural, los encuentros familiares giran en torno a la mesa, siendo las comidas familiares un acontecimiento importante. Si fuera posible, se haría de manera gratuita o en su caso, pagando los costes de los alimentos o pudiendo traerlos ellos mismos. En la cocina, el o la anfitriona podría supervisar los preparativos de “su comida”, y traer los productos que quisiera para realizar su receta, si así lo desea, pudiendo intervenir en ellos en la medida de sus posibilidades. El encuentro podría tener lugar en la sala destinada para las reuniones familiares o, si no hubiera suficiente sitio o no pudiera ser posible por la ocupación de la misma, en el comedor.

Introduciendo estos pequeños cambios, la persona se sentiría revalorizada al poder ser ella la promotora de dichos encuentros y de sus preparativos al ejercer de anfitriona, y esto a su vez contribuiría al mantenimiento de su rol/papel dentro de la familia. Con ello, se propiciaría la ayuda mutua y la reciprocidad en las relaciones, además de facilitar el encuentro y la generación de momentos agradables entre la familia. En los centros en los que se llevan a cabo los proyectos en los que se basan estas propuestas, la comida familiar en la residencia de Marllhes (Francia) y el apartamento para las reuniones familiares en Privas (Francia), el resultado ha sido exitoso; las familias valoran estas reuniones familiares, y el círculo de visitantes, antes restringido debido a los trastornos cognitivos y de las limitaciones de las habitaciones y de los espacios colectivos para acoger visitas, se ha visto ampliado incluyendo a hijos e hijas, nietos y nietas de las personas residentes, que aprecian el poder disfrutar de este espacio “propio” y de estos momentos con su familiar (Guisset-Martinez, 2011).

## REFERENCIAS

Bienestar Social, Gobierno de Asturias. (2006). *La familia contigo. El papel de los familiares en las residencias de personas mayores*. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/lafamiliacontigo.pdf>

Dolz, L., D Ocon, A., & Pons-Salvador, G. (1997). Evolución de la metodología observacional aplicada al estudio de la familia. *Revista de Historia de la Psicología* , 18 (1-2), 103-110.

García Pérez, M. d., & Pérez Fiz, A. (1994). *Ancianidad, familia e institución*. Salamanca: Amarú ediciones.

Goñi Urrutia, I. (2009). Relaciones intergeneracionales en la dependencia de la población mayor: solidaridad ambivalente y despotismo ilustrado familiar. *Sistema* (211), 73-90.

Grupo de estudio de Residencias Sección de Ciencias Sociales y del Comportamiento de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología . (1999). *Residencias para personas mayores. Manual de orientación* . Madrid, España: Panamericana, S.A.

Guerrini, M. E. (2010). La vejez. Suabordaje desde el Trabajo Social. *Margen. Revista de Trabajo Social* (57).

Guisset-Martinez, M.-J. (2011). *La identidad reencontrada. Vínculos y solidaridades en la enfermedad del Alzheimer*. . Icaria.

Guzmán, J. M., Huenchuan, S., & Montes de Oca, V. (2003). *Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual*. Santiago de Chile.

Hernández, S., Fernández-Collado, C., & L., B. P. (2006). *Similitudes y deferencias entre el enfoque cualitativo y cuantitativo*. México: McGraw Hill.

Lázaro Ruiz, V. L., & Gil López, A. (2010). Cómo perciben los ancianos que viven en ambientes residenciales sus relaciones con el mundo exterior. *Revista de Humanidades Cuadernos del Marqués de San Adrián* (7), 29-40. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4370950>

Leturia, F. J. (1999). El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* , 34 (2).

Leturia, F. J., Borja, I., & Hernández, C. (2007). El papel de la familia en el proceso de atención a personas mayores en centros sociosanitarios. *Zerbitzuan* (42), 129-143. Disponible en: <http://www.sis.net/documentos/zerbitzuan/El%20papel%20de%20la%20familia%20en%20el%20proceso%20de%20atencion.pdf>

Mendoza, B. M. (2012). Solidaridad familiar y resiliencia. *Documentos de Trabajo Social. Revista de Trabajo Social y Acción Social*. (51), 99-120. Disponible en: [http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista\\_dts/51\\_6.pdf](http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista_dts/51_6.pdf)

Molero, M. d., Pérez Fuentes, M. d., Gázquez, J. J., & Sclavo, E. (2011). Apoyo familiar en mayores institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health* , 1, 31-43. Disponible en: [dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3935992.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3935992.pdf)

Moreno, A. (2013). La territorialidad, las relaciones interpersonales y la concepción particular del espacio vital en ancianos institucionalizados. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* , 18 (3), 222-232. Disponible en: [http://www.alcmeon.com.ar/18/71/moreno\\_toledo.pdf](http://www.alcmeon.com.ar/18/71/moreno_toledo.pdf)

Olabuenaga, J. I., & Ispizua, M. A. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*. Bilbao: Gestingraf.

Padierma Acero, J. A. (1994). ¿Existe un lugar para la familia del anciano en las residencias? *Zerbitzuan: Guizarte zerbitzuetako aldizkaria. Revista de Servicios Sociales* (25). Disponible en: [dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2699405](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2699405)

## ANEXOS

### Anexo I: Guión de entrevista a personas residentes

- ¿Cuánto tiempo lleva en la residencia?
- ¿Qué le llevó a tomar la decisión de ingresar?
- ¿cree que el ingresar en la residencia ha afectado a sus relaciones familiares?
  - ¿percibe si han cambiado a raíz de su ingreso aquí?
    - Ingreso, puntual. Punto de inflexión
    - Durante el tiempo que lleva aquí, paulatinamente, progresivo
  - ¿cómo eran antes?
  - ¿y cómo son ahora?
  - En general, cree que ¿han mejorado/empeorado/siguen igual/han cambiado?
- ¿mantiene el contacto con sus familiares?
  - ¿con quién?(*parentesco*)
  - ¿son las mismas personas con las que mantenía relación antes de ingresar o han cambiado?
  - ¿ha aumentado o disminuido el número de familiares con los que mantiene contacto desde que vino a la residencia?
  - ¿puede contar con el apoyo de las mismas personas (familiares) que antes?
- ¿Cómo es ese contacto: visitas, telefónicamente, por correo...?
- ¿con qué frecuencia se da?
- En caso de que se trate de encuentros “cara a cara” (visitas)
  - *Dónde se dan y por parte de quién*
    - ¿cómo son esos encuentros?
    - ¿vienen a visitarle?
    - ¿salen fuera?
    - ¿le llevan/invitan a su casa?
    - ¿es usted el/la que acude a visitarles?
  - ¿Cuál es o suele ser el motivo por el que se dan esos encuentros?

- porque les llamen de la residencia (visitas médicas...)  
(*cuidados/solidaridad*)
  - fechas señaladas (cumpleaños, navidades...)(*carga más afectiva*)
  - por deseo
- ¿con qué frecuencia suelen darse?
- Y cuándo residía en su domicilio;
  - ¿cómo era el contacto que mantenía con sus familiares?
  - ¿con qué frecuencia se daba?
  - ¿Los encuentros (visitas) a qué eran debidos?
  - ¿con qué frecuencia se daban?
- ¿Qué apoyo percibía antes de ellos y qué apoyo recibe ahora?
  - ¿qué tareas o cuidados desempeñaban sus familiares cuando usted residía en su domicilio?
  - ¿y desde que está en la residencia?
- ¿qué supone para usted la relación con su familia? *La importancia que otorga a sus relaciones familiares.*
- En general, ¿cómo percibe sus relaciones con sus familiares?
  - ¿siente que satisfacen sus necesidades y expectativas?
  - ¿se siente arropado/a por su familia?
  - ¿siente que le tienen en cuenta?
  - Y usted, ¿cree que por su parte ha cambiado el papel que tenía dentro de la familia?
  - ¿Siente que puede aportar a su familia lo mismo que cuando residía en su casa?
  - ¿se siente en situación de reciprocidad/igualdad en la relación?  
(Ayuda mutua)
- *Sobre la relación de su familia con la institución:*
  - ¿echa en falta que desde la residencia se haga algo más o se intervenga de alguna manera en este aspecto?



Los anexos II-III de este documento se han eliminado para cumplir con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

**Si desea obtener más información, puede ponerse en contacto con la autora o la tutora de este documento.**

